



# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) QUESTIONNAIRE DEPENDANCE

N° de dossier

Date d'expédition (à compléter par le service)

Date de réception

Ce questionnaire est à remplir par la personne âgée ou son entourage (famille, aide à domicile, aide soignante, etc.) **le plus précisément possible**, en répondant à **toutes** les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.  
Merci de ne joindre aucun certificat médical, ni grille AGGIR.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance :

Adresse :

N°: ..... Voie/Rue : .....

Code postal..... Commune.....

Téléphone (*obligatoire*) :           Courriel:.....

Je soussigné(e) M. ou Mme.....(nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

SIGNATURE de la personne âgée ou de son entourage en précisant le lien avec la personne âgée

.....

Date: le ..... / ..... / .....

**Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :**

- Nom, prénom, lien et numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier :

.....

- Nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) : .....

.....

- Nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) : .....

.....

Document renseigné pendant une hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation    oui  non

**SITUATION**

- La personne vit seule :  oui  non
- Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) :  oui  non  en cours
- La personne est aidée par :
- La famille  oui  non
  - Une aide à domicile  oui  non nbre d'heures / sem .....
  - Nom du service : ..... nbre de passages / jour .....
  - Un service de soins (infirmier, aide-soignante)  oui  non nbre de passages / sem .....
  - Si oui : nbre de passages / jour .....
  - Surveillance thérapeutique  oui  non
  - Soins d'hygiène  oui  non
  - Autres  oui  non
- La personne voit correctement  oui  non  
(avec lunettes si besoin)
- La personne entend correctement  oui  non  
(avec appareil si besoin)

**TRANSFERTS** - Changer de position : se lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise (même avec une potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...)

- La personne se lève-t-elle seule de son lit ?  oui  non  parfois
- La personne se couche-t-elle seule dans son lit ?  oui  non  parfois
- La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ?  oui  non  parfois
- La personne s'assied-elle seule sur une chaise ?  oui  non  parfois
- Si non qui apporte une aide ? :**
- .....

**DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS** - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. Faire rouler SEUL son fauteuil. L'intérieur est constitué du jardin et des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

- La personne se déplace-t-elle SEULE ?  oui  non
- Dans l'intégralité de son logement (y compris dans le jardin et jusqu'à la boîte aux lettres)  oui  non
- La personne fait-elle des chutes ?  oui  non  plus d'1 fois / semaine
- La personne utilise-t-elle : - une canne  oui  non
- un déambulateur  oui  non
- un fauteuil roulant  oui  non

**Précisions :**

.....

**TOILETTE** - On ne tient pas compte de la toilette du dos, du shampoing, des soins de manucure, de pédicurie, ni du brossage des dents

- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*)  oui  non  en partie
- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*)  oui  non  en partie
- La personne prépare-t-elle SEULE ses affaires de toilette ?  oui  non

Durée moyenne de la toilette :

.....

**Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :** .....

.....

## ÉLIMINATION

### • Élimination urinaire

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ?  oui  non

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ?  oui  non

La personne porte-t-elle des protections ?  oui  non

La personne change-t-elle SEULE ses protections ?  oui  non

**Si non ou parfois, qui apporte une aide ?**

Précisions : .....

### • Élimination des selles

La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ?  oui  non

La personne s'essuie-t-elle correctement ?  oui  non

La personne porte-t-elle des protections ?  oui  non

La personne change-t-elle SEULE ses protections ?  oui  non

**Si non ou parfois, qui apporte une aide ?** .....

Précisions :

## HABILLAGE/ DÉSHABILLAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante et adaptée :

- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*)  oui  non

- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles...  oui  non

- Le bas du corps (*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*)  oui  non

- Sort-elle seule ses vêtements ?  oui  non

- Change-t-elle seule de linge quand il est sale ?  oui  non

- La personne se déshabille-t-elle seule ?  oui  non

- Durée moyenne pour s'habiller :

- Durée moyenne pour se déshabiller :

**Si non ou parfois, qui apporte une aide ?** .....

Précisions :

## ALIMENTATION - Il ne s'agit pas de la préparation des repas. On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

La personne peut-elle :

- couper la viande  oui  non

- se servir à boire  oui  non

- peler un fruit  oui  non

- ouvrir un yaourt  oui  non

La personne doit-elle être stimulée pour se servir ?  oui  non

La personne mange-t-elle SEULE sans aide ?  oui  non

Si non, pouvez-vous préciser ? .....

La personne mange-t-elle proprement ?  oui  non

La personne doit-elle être stimulée pour manger ?  oui  non

La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ?  oui  non

Durée moyenne d'un repas .....

Précisions : .....

## ALERTER

En cas de besoin, la personne peut-elle utiliser SEULE un téléphone, une alarme, une sonnette pour prévenir?

oui  non

Précisions :

## DÉPLACEMENT - TRANSPORTS

La personne se déplace-t-elle SEULE à pied avec l'aide d'une canne, d'un déambulateur ou en fauteuil roulant à l'extérieur de son domicile ?

oui  non

La personne conduit-elle ?

oui  non

La personne peut-elle utiliser SEULE un transport en commun (bus, tram, car...) ?

oui  non

Précisions :

## ORIENTATION

La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ?

oui  non

La personne connaît-elle les heures des repas ?

oui  non

La personne se repère-t-elle SEULE chez elle ?

oui  non

Précisions :

## COHÉRENCE

### • Communication - Compréhension

La personne peut-elle téléphoner ?

oui  non

La personne comprend-elle les phrases simples ?

oui  non

La personne peut-elle exprimer des besoins simples ?

oui  non

### • Comportement

La personne reconnaît-elle ses proches (famille, intervenants...) ?

oui  non

La personne oublie-t-elle SOUVENT des faits récents ?

oui  non

La personne a-t-elle SOUVENT « les idées embrouillées » ?

oui  non

La personne a-t-elle des réactions inadaptées (violence, cris, replis sur soi...) ?

oui  non

La personne se met-elle en danger ?

oui  non

Si oui, précisez : .....

Précisions

**Vous demandez l'APA pour vous aider à financer :** une aide humaine  des aides techniques  de l'accueil de jour  du portage de repas  de la téléassistance  autres  : préciser



**Finistère**  
Penn-ar-Bed  
LE DÉPARTEMENT

**Conseil départemental du Finistère**  
**Direction des personnes âgées et des personnes handicapées**

32 boulevard Duplex  
29 196 Quimper Cedex

Tél. 02 98 76 20 20

finistere.fr