

AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCE (A.G.G.I.R.)

A faire compléter par votre médecin traitant ou par le responsable de l'unité de soins où vous êtes hospitalisé
(à joindre à la demande d'admission)

Nom et Prénoms : _____ Date de l'Évaluation : _____

Date de Naissance : _____ Nom et qualité de l'évaluateur : _____

COTATION :

A = fait seul spontanément, et totalement, et habituellement et correctement.

B = fait seul non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement et/ou non correctement.

C = ne fait pas seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement (référence à

l'environnement, conforme aux usages et aux mœurs).

COHERENCE		A	B	C
Communiquer	Communication			
Se comporter de façon logique et sensée	Comportement			
AA=A AB, BA, BB=B CC,BC,CB,AC,CA=C	Cot. COHERENCE			
ORIENTATION				
S'orienter dans le temps	Temporelle			
S'orienter dans l'espace	Spatiale			
AA=A AB,BA,BB=B CC,BC,CB,AC,CA=C	Cot. ORIENTATION			

TOILETTE		A	B	C
Haut=visage, tronc, mbs sup, rasage, coiffage	Haut			
Bas = régions intimes, mbs inf, pieds	Bas			
AA=A, CC=C, autres=B	Cot. TOILETTE			
HABILLAGE				
Haut = vet. Passés par les bras et/ou la tête	Haut			
Moyen = fermeture	Moyen			
Bas = Vet. Passés par le bas	Bas			
AAA=A, CCC=C, autres = B	Cot. HABILLAGE			
ALIMENTATION				
Se servir = couper la viande, ouvrir un pot	Se servir			
Manger = porter des aliments à la bouche... et avaler	Manger			
AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres=B	Cot. ALIMENTATION			
ELIMINATION				
Aller aux toilettes - gérer ses protections	Urinaire			
Aller aux toilettes - gérer ses protections	Fécale			
AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres = B	Cot. ELIMINATION			

TRANSFERTS		A	B	C
(se lever, se coucher, s'asseoir)				
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR				
(avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)				
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR				
(depuis la porte d'entrée, sans moyen de transport)				
COMMUNICATION A DISTANCE				
(utiliser téléphone, alarme, sonnette)				

FACULTATIF

GROUPE ISO-RESSOURCE
(à compléter après calcul)

AUTONOMIE SOCIALE	A	B	C
Gestion de ses affaires			
Faire la cuisine			
Faire les tâches ménagères			
Prendre des moyens de transport			
Faire des achats			
Respecter l'ordonnance du médecin (prendre ses médicaments, respecter un régime,...)			
Avoir des activités de loisirs			

VISION

<input type="radio"/> bonne	<input type="radio"/> voit assez pour se conduire	<input type="radio"/> cécité
-----------------------------	---	------------------------------

AUDITION

<input type="radio"/> bonne	<input type="radio"/> difficile	<input type="radio"/> surdité
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

COMPORTEMENT **Ne remplir qu'en cas de troubles gênants du comportement**

Activités locomotrices désordonnées (fugues, errances, déplacements intempestifs d'objets, activités stériles)	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Moyennement	<input type="radio"/> Pas
Actes agressifs	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Moyennement	<input type="radio"/> Pas
Expressions verbales gênantes pour l'entourage (cris, injures, chants, paroles répétitives)	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Moyennement	<input type="radio"/> Pas
Oppositions aux soins	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Moyennement	<input type="radio"/> Pas
Appels répétés, demandes disproportionnées	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Moyennement	<input type="radio"/> Pas

Autres informations paraissant utiles à fournir : (Pas d'informations médicales confidentielles)

.....

.....

.....

.....

Signature de l'évaluateur