

**GRILLE AGGIR : Dépendance**  
***A faire compléter par le médecin traitant du demandeur***

**NOM :**  
**Prénom :**

**NOM de naissance :**  
**Date de naissance :**

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement, spontanément  
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement, non spontanément  
 C : ne fait pas

<b>COHERENCE</b>	Converser et / ou se comporter de façon sensée		
<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
<b>TOILETTE</b>	Concerne l'hygiène corporelle	Haut	
		Bas	
<b>HABILLAGE</b>	Habillage / déshabillage, se présenter	Haut	
		Moyen	
		Bas	
<b>ALIMENTATION</b>	Manger les aliments préparés	Se servir	
		Manger	
<b>ELIMINATION</b>	Assumer l'hygiène de l'élimination	Urinaire	
		Anale	
<b>TRANSFERT</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENT</b>	<b>Intérieur</b>	Avec ou sans canne	
		Avec ou sans déambulateur	
		Avec ou sans fauteuil roulant	
	<b>Extérieur :</b>	A partir de la porte d'entrée, sans transport	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	Utiliser les moyens de communications : téléphone, téléassistance pour alerter		

**AIDES HUMAINES**

L'intervention d'une infirmière pour les soins d'hygiène est-elle nécessaire ?

L'intervention d'une aide à domicile est-elle nécessaire ?

Nombre d'heures :

Autres interventions indispensables ?

.....

Fait le ..... , A ..... Signature du Médecin et Cachet
---