

Vous souhaitez faire une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour faciliter votre vie à domicile.

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire, avec l'aide d'une personne de votre entourage, si cela est nécessaire. Les informations recensées nous permettront de connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre plan d'aide. Nous vous en remercions.

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Téléphone (obligatoire) : / / / /

Adresse mail :@.....

Document à remplir par la personne et/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.

Ce questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.

SITUATION

Vivez-vous seul(e) : oui non
Etes-vous aidé(e) par votre famille ou votre entourage : oui non
Etes-vous aidé(e) par un professionnel : oui non
Si oui : → une aide à domicile oui non
→ une aide aux soins oui non
→ autres (accueil de jour, orthophoniste, kiné,...)

Cette aide est-elle suffisante ? oui non
Si non, que vous manque-t-il ?

TRANSFERTS - Ce n'est pas marcher, mais simplement changer de position : se lever d'un lit/se coucher, se lever d'une chaise/s'asseoir

Changement de position, avec ou sans aide technique (potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé,...)

Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un pour vous lever de votre lit ? oui non parfois
Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un pour vous coucher ? oui non parfois
Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un pour vous lever d'une chaise ? oui non parfois
Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un pour vous asseoir ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

DÉPLACEMENTS

Déplacements intérieurs : marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur ou un fauteuil roulant

Vous déplacez-vous seul(e) dans toutes les pièces de vie ?
(cuisine, chambre, salle de bain, WC) oui non dans certaines pièces uniquement

Utilisez-vous ? → une canne oui non
→ un déambulateur oui non
→ un fauteuil roulant oui non

Vous arrive-t-il de tomber ? oui non plus d'1 fois/semaine

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

Déplacements extérieurs

Vous déplacez-vous seul(e) à l'extérieur de votre domicile ? oui non
Conduisez-vous ? oui non
Faites-vous seul(e) vos courses ? oui non
Utilisez-vous seul(e) les moyens de transport ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

TOILETTE

Faites-vous seul(e) votre toilette ?
→ 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
Préparez-vous seul(e) vos affaires de toilette ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

HABILLAGE

Vous habillez-vous seul(e) ?

→ le haut du corps (chemise, pull,...)

oui non en partie

→ le bas du corps (slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe,...)

oui non en partie

→ boutonnage, ceinture, bretelles, soutien-gorge

oui non en partie

Préparez-vous seul(e) vos vêtements ?

oui non

Portez-vous des bas à varices ou des chaussettes de contention ?

oui non

➤ Réussissez-vous à les mettre seul(e) ?

oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

Vous déshabillez-vous seul(e) ?

oui non en partie

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

ÉLIMINATION (urines et/ou selles)

Présentez-vous une incontinence ?

oui non parfois

➤ De jour

oui non

➤ De nuit

oui non

Portez-vous des protections ?

oui non parfois

Pouvez-vous les changer seul(e) ?

oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

ALIMENTATION

Préparez-vous seul(e) vos repas ?

oui non parfois

Bénéficiez-vous d'une livraison de repas à domicile ?

oui non

Si oui, combien de fois par semaine ?

Par qui ?

Avez-vous besoin d'aide pour couper votre viande, vous servir à boire, peler un fruit, ouvrir un yaourt, tartiner du pain ?

oui non en partie

Avez-vous besoin que votre alimentation soit moulinée ?

oui non

Avez-vous besoin de l'aide de quelqu'un pour manger ?

oui non en partie

Avez-vous des difficultés pour avaler (fausse route) ?

oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ?

MOYENS D'ALERter

Utilisez-vous seul(e) votre téléphone pour alerter si besoin ?

oui non

Avez-vous une téléassistance ?

oui non

Quels seraient vos besoins pour faciliter votre vie à domicile ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A COMPLÉTER PAR L'ENTOURAGE

Si la personne présente des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de l'orientation, troubles du comportement,...), merci de répondre aux questions suivantes :

ORIENTATION

- La personne se repère-t-elle dans son domicile ? oui non
A l'extérieur, dans les lieux connus ? oui non
La personne se repère-t-elle dans les moments de la journée (jour, nuit, heures des repas) ? oui non
La personne se repère-t-elle dans les jours de la semaine ? oui non

COHÉRENCE

Comportement

- La personne se met-elle en danger ? oui non
A-t-elle des réactions inadaptées (violence, agressivité, cris, repli sur soi,...) ? oui non
Est-elle parfois confuse ? oui non

Communication

- La personne participe-t-elle aux conversations ? oui non
Tient-elle des propos incohérents ? oui non parfois

Mémoire

- La personne oublie-t-elle souvent des faits récents ? oui non
Doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait auparavant ? oui non
Reconnaît-elle ses proches ? oui non

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance :

.....
.....

En tant qu'aidant, quelles sont vos attentes ?

.....
.....

SIGNATURE de la personne sollicitant l'APA

A le / /

Merci d'indiquer le nom et les coordonnées de la personne qui vous a aidé à compléter ce questionnaire

➤ Nom : Prénom :

➤ Coordonnées téléphoniques : / / /

➤ Lien (enfants, voisin,...) :

Le nom et le numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) :

.....

Le nom et le numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) :

.....