



L'essentiel & plus encore

N/Réf. : ACTION SOCIALE

Docteur,

L'aide pour le maintien à domicile des personnes âgées repose essentiellement sur deux prestations sociales financées pour l'une par les Caisses de Retraite et pour l'autre, par le Conseil Départemental.

La grille d'évaluation ci-jointe, que je vous demande de bien vouloir compléter, est destinée à faciliter l'instruction de la demande d'aide à domicile déposée par votre patient. Elle doit permettre :

- d'évaluer le degré de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule,
- de définir, en fonction de la perte d'autonomie, le besoin d'aide,
- d'orienter la demande vers le financeur compétent.

Selon la perte d'autonomie constatée, cette grille permet, grâce à un logiciel, de classer les personnes en six niveaux de dépendance appelés GROUPES ISO-RESSOURCES.

Les GROUPES ISO-RESSOURCES 5 et 6 qui correspondent à une dépendance légère permettent d'obtenir, sous réserve de remplir certaines conditions, une prestation d'aide ménagère ou de service ménager de la Caisse de Retraite.

Les GROUPES ISO-RESSOURCES 1 – 2 – 3 et 4 qui correspondent à une dépendance importante peuvent relever d'une allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) versée par le Conseil Général.

En vous remerciant pour votre collaboration, je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

LA DIRECTION

EVALUATION DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

**A FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT
ET A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'AIDE A DOMICILE**

NOM - PRENOM de la personne

		A - B - C (1)
COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : Concerne l'hygiène corporelle	du haut du bas	-----
HABILLAGE : S'habiller, se déshabiller, se présenter	du haut du bas boutonnage, fermeture, ceinture	----- ----- -----
ALIMENTATION : (aliments préparés)	se servir manger	-----
ELIMINATION : Assumer l'hygiène de l'élimination	urinaire fécale	-----
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme, ...)		

La demande résulte-t-elle d'une situation :

EXCEPTIONNELLE

DURABLE

Soins infirmiers à domicile en cours : OUI

NON

Date :

Signature et cachet du médecin :

(1) Inscrire la lettre correspondant à la légende suivante pour **toutes** les rubriques :

A : fait seule, totalement, spontanément, habituellement correctement : bien

B : fait seul, partiellement, sur ordre (simple rappel), non habituellement, non correctement

C : ne fait pas du tout (faire à la place), fait seul mais avec préparations, ordres répétés, explications (faire faire, vérification)

Vous voudrez bien remettre à **votre patient** le présent certificat médical sous pli confidentiel.