

2.2. Grille AGGIR : activités corporelles, mentales, domestiques, économiques et sociales

A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement **B** = fait partiellement **C** = ne fait pas

Variables discriminantes

Items de la Grille AGGIR	Modalités A-B-C	Si B ou C, nature des aides (entourage, professionnels...)
COHERENCE Converser et/ou se comporter da façon sensée		
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE DU HAUT DU CORPS Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains		
TOILETTE DU BAS DU CORPS Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds		
HABILLAGE HAUT Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras		
HABILLAGE MOYEN Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles		
HABILLAGE BAS Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yahourt, peler un fruit, remplir un verre		
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler		
ELIMINATION URINAIRE Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
ELIMINATION FECALE Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		
TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette... dans le but d'alerter		

Variables illustratives

Items de la Grille AGGIR	Modalités A-B-C	Si B ou C, nature des aides (entourage, professionnels...)
GESTION Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches		
CUISINE Préparer les repas		
MENAGE Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORTS Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)		
ACHATS Faire des acquisitions directes ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT Se conformer à l'ordonnance de son médecin		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps...		

3. Elaboration du Plan d'actions personnalisé

3.1. Aides et services déjà en place (cocher si oui)

	Commentaires	Demandeur	Cohabitant
TACHES MENAGERES			
Aide au ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du linge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gros travaux de nettoyage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COURSES ET REPAS			
Aide aux courses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la préparation des repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de portage de repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas pris en structure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT			
Déplacements accompagnés		<input type="checkbox"/>	
Aide au transport		<input type="checkbox"/>	
HYGIENE ET MIEUX ETRE			
Aide aux soins d'hygiène (toilette, habillage, stimulation, pédicurie, protections urinaires)		<input type="checkbox"/>	
Soins infirmiers		<input type="checkbox"/>	
Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/>	
Aide psychologique		<input type="checkbox"/>	
ASSISTANCE ET SECURITE			
Installation télé-assistance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abonnement télé-assistance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde de nuit itinérante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOGEMENT ET CADRE DE VIE			
Consultation ergothérapeute		<input type="checkbox"/>	
Petits travaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement du foyer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEBERGEMENT			
Hébergement temporaire		<input type="checkbox"/>	
Accueil de jour et de nuit		<input type="checkbox"/>	
VIE SOCIALE			
Sorties accompagnées		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au maintien du lien social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la gestion administrative		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux vacances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENTION			
Atelier collectif (mémoire, équilibre, nutrition...)		<input type="checkbox"/>	

3.2. Plan d'actions personnalisé (demande de participation financière de la Caisse régionale)

Familles d'aide	Cocher si oui	Modalités de mise en oeuvre et commentaires (durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu...etc)	Cocher si service rendu dans le cadre de l'aide ménagère à domicile prestataire	Priorités
TACHES MENAGERES Aide au ménage Entretien du linge Gros travaux de nettoyage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
COURSES-REPAS Aide aux courses Aide à la préparation des repas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Frais de portage de repas Repas pris en structure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT Déplacements accompagnés Aide au transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HYGIENE ET MIEUX ETRE Aide à la toilette Dépenses de protection Pédicurie Aide psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASSISTANCE SECURITE Installation télé-assistance Abonnement télé-assistance Garde de nuit itinérante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

3.3. Tableau estimatif de valorisation du Plan d'actions personnalisé

Nom :	.....
Prénom :	.....
n° sécurité sociale :	.....

Montant mensuel des ressources	_____ , _____ €
Nombre de personnes	
Ressources prises en compte	

Evaluation réalisée par												
Date de l'évaluation	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									2	0		
		2	0										

Type d'aide	Intervenant	Début	Fin	Tarif unitaire	Quantité	Montant total
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €
● ..... .....	● ..... .....	.../.../20...	.../.../20...	_____ , _____ €	.....	_____ , _____ €

Période totale de prise en charge	...../...../20..... ●/...../20.....
Participation de la Caisse	_____ , _____ €
Participation du retraité (*)	_____ , _____ €

(*) Sous réserve des contributions susceptibles d'être versées par d'autres financeurs que la branche Retraite du régime général : régimes complémentaires, collectivités territoriales...