

Document d'Evaluation Globale

▶ Personne Agée



Date : Fait par : En présence de :

1

1.-Fiche d'identité



- Nom :
- Nom de jeune fille :
- Prénom :
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Adresse :
.....
.....
.....
- N° de téléphone : _____
- Portable : _____
- Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf / Veuve Divorcé(e) PACS
- Nombre de personnes vivant au Foyer :

Nom	Lien de Parenté	Age

- Nom de l'assuré(e) : ▪ Caisse de l'assuré(e) :
- N° de Sécurité Sociale :
- Financement : OUI NON Demande en cours
 - Si OUI, lequel ? : _____
 - Nbre d'Heures : _____ - GIR (si connu) : _____
 - Référent financeur :
- Pathologie diagnostiquée :
- Directives anticipées: OUI NON

 **Commentaires :**







.....

.....

.....









2.- Contact

	Nom / Prénom	Lien	Adresse	Tel.
Personne à prévenir en priorité	 _ _ _ _ _
Personne Référente	 _ _ _ _ _
Personne de confiance	 _ _ _ _ _
Contact familial	 _ _ _ _ _
Contact familial	 _ _ _ _ _
Contact familial	 _ _ _ _ _



3.- Contact médico-sociaux et autres

Type d'intervention	Intervenant et n° de téléphone	Jours, horaires des interventions fréquences
Médecin  _ _ _ _ _	
Infirmier  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di Horaires de passage : Mission :
Pharmacien  _ _ _ _ _	
Revendeur matériel médical  _ _ _ _ _	
Kinésithérapeute  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di Horaires de passage :
Pédicure  _ _ _ _ _	


Psychologue ☎ _____	
Ergothérapeute ☎ _____	
Type d'intervention	Intervenant et n° de téléphone	Jours, horaires des interventions fréquences
Orthophoniste ☎ _____	
Portage de repas ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
SSIAD	..... ☎ _____	<u>Matin :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Après-midi :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Service d'Aide à Domicile	..... ☎ _____	<u>Matin :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Après-midi :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Soir :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Garde de nuit ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Hébergement temporaire	..... ☎ _____	<u>Fréquence :</u>
Accueil de jour Plateforme de répit ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Assistante sociale ☎ _____	
Téléalarme ☎ _____	
Autres : (Réseau soins palliatifs, partenaires handicap) ☎ _____	

3

4.- Protection juridique



Mesure de protection		Nom et coordonnées du tuteur / curateur
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sauvegarde justice	

<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat de protection future Prochaine échéance : <u>Champs d'application de la structure :</u> <input type="checkbox"/> Protection de la personne <input type="checkbox"/> Protection des biens 
-----------------------------------	---	--



5.- Histoires de vie

La naissance	..... ..... ..... .....
La scolarisation	..... ..... ..... .....
La vie professionnelle La vie familiale	..... ..... .....
Les lieux de vie	..... ..... ..... .....
Les loisirs	..... ..... ..... .....
La culture	..... ..... ..... .....

Le sport	....................
Les établissements ou services fréquentés	....................

6.- Projets de vie 

- La personne a formulé un projet de vie :
 - OUI
 - NON

 **Projet de vie :**

.....
.....
.....
.....
.....

7.- Habitudes de vie 

▪ Journée Type :

6 h – 7h	.....	16h – 17h	.....
7h – 8h	.....	17h – 18h	.....
8h – 9h	.....	18h – 19h	.....
9h – 10h	.....	19h – 20h	.....
10h – 11h	.....	20h – 21h	.....
11h – 12h	.....	21h – 22h	.....
12h – 13h	.....	22h – 23h	.....
13h – 14h	.....	23h – 00h	.....
14h – 15h	.....	00h – 6h	.....
15h – 16h	.....	

▪ Emploi du temps hebdomadaire type :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin
Midi
Après-midi
Soirée
Nuit

8.- Environnement



▪ Habitat :

▪ Vie : seul(e) en couple chez les enfants autre :

▪ Vie avec une personne :

dépendante autonome aidante

▪ Logement : appartement maison individuelle autre :

♦ Propriétaire

♦ Locataire

Logement adapté : OUI NON

Accessibilité :

- Clefs : OUI NON Boîte à clefs Code :

- Entrée avec digicode : OUI NON Code :

- Etage avec ascenseur : OUI NON

- Accès par marches ou escaliers : OUI NON

- Accès de plain-pied : OUI NON

▪ Equipements :

▪ Douche : OUI NON

▪ Baignoire : OUI NON

▪ Siège de douche / bain : OUI NON

▪ WV adapté : OUI NON

▪ Matériel médicalisé :

▪ Lit médicalisé : OUI NON

♦ Achat ♦ Date :

♦ Location

▪ Matelas adapté : OUI NON

♦ Mousse simple

♦ Air

♦ Mémoire de forme

▪ Lève personne : OUI NON

▪ Verticalisateur : OUI NON

- Chaise garde-robe : OUI NON
 - urinal
 - bassin

- Fauteuil roulant : OUI NON
 - Manuel simple ‣ adapté : OUI NON
 - Électrique ‣ adapté : OUI NON
 - Confort ‣ adapté : OUI NON

- Fauteuil coquille : OUI NON ‣ adapté : OUI NON

- Fauteuil de transferts : OUI NON ‣ adapté : OUI NON

▪ **Autres matériels :**

- Déambulateur : OUI NON
- Cannes : OUI NON
-
-

▪ **Contentions éventuelles (à vérifier les prescriptions médicales :**

- Au lit (barrières et système d'attaches) : OUI NON
- Au fauteuil (ceinture) : OUI NON
- A domicile (enferment): OUI NON

▪ **Matériel ménager :**

- Four micro-onde : OUI NON
- Réfrigérateur : OUI NON
- Cuisinière : OUI NON
- Aspirateur : OUI NON
- Congélateur : OUI NON
- Lave-linge : OUI NON

▪ **Emplacement des produits ménagers :**

.....

▪ **Emplacement du classeur domicile :**

▪ **Animaux domestiques :** OUI NON

‣ Type :

‣ Consignes en cas d'absence prolongée et/ou impromptue :

.....

▪ **Environnement social**

▪ La personne a des contacts

- Avec sa famille : OUI NON
- Avec son voisinage : OUI NON
- Avec ses voisins : OUI NON



Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....



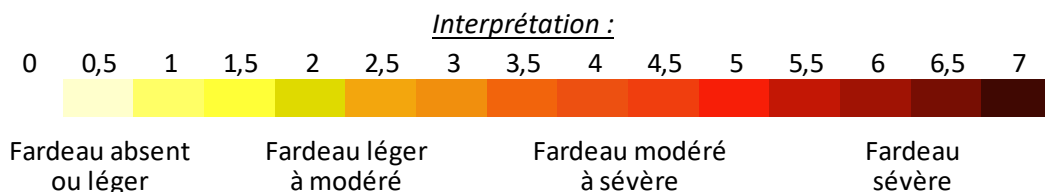
9.- Présence des aidants

Evaluation de la souffrance des Aidants :

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent	0	½	1
---	----------	----------	----------

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il : | | | |
| • des difficultés dans votre vie familiale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<u>Date</u> :	<u>Age du patient</u> :	<u>Age de l'Aidant évalué</u> :
SCORE : + + + + + + = / 7		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur</u> :		



Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....



Calcul du degré d'autonomie



Bon, fait seul, totalement,
régulièrement et
correctement



Fait partiellement ou
irrégulièrement ou
indirectement



Ne fait pas, ne peut pas ou
ne veut pas le faire

1. Cohérence

- Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.

2. Orientation

- Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...

3. Toilette Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.

▪ Haut

▪ Bas

4. Habillage S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement

▪ Haut

▪ Moyen

▪ Bas

5. Alimentation

- Se servir et manger seul, correctement

▪ Se servir

On considère que les aliments sont déjà préparés

▪ Manger

6. Elimination

- Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale

▪ Urinaire

▪ Anale

7. Transfert

- Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché)
à une autre, dans les 2 sens.

8. Déplacement intérieur

- Se déplacer seul à l'intérieur du domicile
(même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).

⇒ GIR Calculé :





▪ **Capacité à respirer**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

- Aide technique :
- Appareillage :
- Installation :

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....
.....
.....

▪ **Capacité à s'alimenter :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

- Aide technique :
- Aide nécessaire :
 - Aide à la préparation
 - Aide à l'installation pour la prise du repas
 - Aide à la prise
 - Courses

▪ Prothèse dentaire : OUI NON

▪ Identification des risques (à préciser si protocole se soins) :

- Allergie :
- Régime prescrit :
- Texture :

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....
.....

▪ **Capacité à s'hydrater**

Autonome OUI NON

- ▶ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ▶ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ▶ Activité non réalisée

▪ Aide technique :

▪ Aide nécessaire :

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....
.....
.....

▪ **Capacité à éliminer (urine / selles)**

Autonome OUI NON

- ▶ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ▶ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ▶ Activité non réalisée

▪ Aide technique :

- Aide nécessaire :
- Accompagnement aux toilettes
 - Aide aux transferts
 - Change de protections
 - Autres :

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....
.....
.....

▪ **Capacité à se mobiliser :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Aide technique :

▪ Aide nécessaire :

- Aide aux transferts
- Aide au déplacement dans le logement
- Aide aux déplacements extérieurs pour la vie quotidienne ou les démarches
- Périmètre de marche :
- Conduite auto. : OUI NON

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à dormir / à se reposer :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Troubles du sommeil : OUI NON

▪ Aide médicamenteuse : OUI NON

- Horaire du lever :

- Horaire du coucher :

- Horaire des siestes :

- Lieu des siestes :

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à se vêtir / à de dévêtir:**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Aide technique :

▪ Aide nécessaire :

- Aide à l'habillage
- Aide à la préparation d'une tenue adaptée
- Aide au déshabillage
- Aide pour bas de contention



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ **Capacité à assurer son hygiène corporelle :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Aide technique :

▪ Aide nécessaire :

- Aide à la toilette
 - du haut du corps
 - du bas du corps
- Aide douche, bains
- Aide bains de pieds
- Aide shampoing
- Soins esthétiques



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....
.....

▪ **Capacité à assurer son hygiène vestimentaire :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....
.....
.....

▪ **Capacité à communiquer :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Compréhension : OUI NON

▪ Expression : OUI NON

▪ Aide nécessaire :

- Prothèse audio
- Lunettes
- Pictogrammes
- Ardoise
- Autre :



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....
.....
.....

▪ **Capacité à s'épanouir :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ **Aide nécessaire :**

- S'éveiller, faire ses devoirs
- S'occuper d'un animal domestique
- Autre :



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ **Capacité à gérer son budget, ses biens, ses documents administratifs :**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ **Aide nécessaire :**

- Courriers
- Paiements
- Autre :



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ **Capacité à gérer son traitement médicamenteux et les soins infirmiers prescrits**

Autonome

OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Aide nécessaire :

- Approvisionnement
- Préparation
- Aide à la prise
- Surveillance
- Autre :



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ Capacité à gérer sa vie sociale :

Autonome

- OUI NON

- ♦ Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦ Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦ Activité non réalisée

▪ Organiser sa vie sociale : OUI NON

▪ Réaliser sa vie sociale : OUI NON



Commentaires – gérer sa vie sociale :

.....

.....

.....

12.- Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité



▪ Nom / Prénom: ▪ Année de naissance : ▪ Âge : ▪ Sexe :

Date d'évaluation	Poids (en kg)	Taille (en cm)
.....

Profil gériatrique et facteur de risques

	Note : 0	Note : 1	Note : 2	SCORE
Age	74 ans et moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans et plus	.....
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	Foyer Logement ou EPHAD	.....
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	.....
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	.....
Perception de sa santé Par rapport aux personnes du même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Mons bonne santé	.....
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(e) multiples ou compliquée (s)	.....
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3Kg en 3 mois)	Dénutrition franche	.....
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	.....
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transport)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	.....
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	.....
Continence (urinaire ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	.....
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	.....
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	.....
			TOTAL	.....

•BILAN

- Score <= à 8 : Personne peu fragile
- 8 < Score <= à 11 : Personne fragile
- Score > à 11 : Personne très fragile

POINTS DE VIGILANCES



▪ Risques avérés chez la personne aidée :

- Pathologie psychiatrique, trouble du comportement, Alzheimer, démence
- Pathologie invalidante
- Malnutrition
- Inadaptation du logement
- Manque de matériel

.....
.....

- Relations familiales difficiles
- Chutes répétées
- Marques physiques, hématomes, griffures
- Repli sur soi
- Dépendance lourde
- Suivi de l'état de santé insuffisant
- Chutes répétées
- Gestion inappropriée des traitements médicamenteux (préparation, administration, ...)
- Prodigalité (dépenses déraisonnées)
- Isolement social

▪ Risques avérés chez l'aidant naturel (si il existe) :

- Isolement familial / social
- Epuisement / Incapacité / Incompréhension
- Manque de connaissances, d'informations
- Dénier
- Situation personnelle difficile
- Cohabitation (présence de membres de la famille hors conjoint)
- Précarité
- Matériel inadapté ou absent
- Changement de comportement
- Troubles psychiatriques

SYNTHESE D'EVALUATION



➔ Pour M

➔ Effectuée par : le ___ / ___ / ___

■ Éléments marquant :

.....
.....
.....
.....

■ Attentes exprimées par la personne :

.....
.....
.....
.....

■ Besoins de compensation :

.....
.....
.....
.....

■ Points de vigilance :

.....
.....
.....
.....

■ Place et rôle des aidants éventuels :

.....
.....
.....
.....

Signature de l'Association

Signature de la personne aidée