

Demande d'aide à domicile

Questionnaire d'évaluation des besoins au quotidien

À annexer à votre demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

Loire
Atlantique

UN SERVICE DU DÉPARTEMENT

Ce questionnaire a pour but de nous aider à évaluer vos besoins au quotidien (de jour comme de nuit). Il s'agit d'identifier si une aide humaine extérieure est nécessaire pour accompagner votre vie à domicile.

Lisez attentivement toutes les propositions avant de répondre, afin d'expliquer au mieux votre situation (n'hésitez pas à entourer les exemples qui correspondent à ce que vous vivez et à exprimer vos besoins). Vous pouvez vous faire accompagner par toute personne vous apportant une aide régulière (proches aidants, aide à domicile, aide-soignante, etc...). Un questionnaire bien rempli permet de traiter votre demande plus rapidement.

Pour réaliser cette évaluation, nous pourrions avoir besoin de contacter vos proches et/ou vos aidants. L'échange et le partage de données vous concernant (soumis à réglementation) sont détaillés dans la lettre d'information que vous trouverez dans le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Téléphone : Mail :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Vivez-vous seul·e au domicile ?

Si non, précisez qui vit avec vous :

.....

oui non

- Avez-vous une protection juridique ? (Curatelle, tutelle...)

Si oui, précisez laquelle :

.....

oui non

- Êtes-vous aidé·e par votre famille ou votre entourage ?

Si oui, par qui et pour quel type d'aide ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Êtes-vous aidé·e par un intervenant extérieur ?

Si oui, l'aide vous est apportée par : *cochez la ou les cases correspondante(s)*

un service d'aide à domicile :

Coordonnées (nom du responsable et téléphone) :

Nombre d'heures par semaine.....

une autre aide à domicile :

Nombre d'heures par semaine.....

un·e professionnel·le de santé :

Lequel ? (infirmier·ère, aide-soignant·e, kinésithérapeute, orthophoniste...).....

.....

Nombre de passages par semaine :

Coordonnées du ou des professionnel·le·s de santé :

.....

un accueil de jour: nombre de jour(s) par semaine :

du portage de repas à domicile : nombre de portage(s) par semaine :

- Êtes-vous bénéficiaire de la téléassistance ?

oui non

- Estimez-vous que l'aide dont vous bénéficiez actuellement est suffisante pour rester à votre domicile ?

oui non

- Bénéficiez-vous d'une aide financière ? (Prestation de Compensation du Handicap PCH, caisse de retraite, mutuelle...)

Si oui laquelle :

oui non

- Bénéficiez-vous d'un accompagnement par un centre local d'information et de coordination (CLIC) ou un travailleur social ?

oui non

.....

- Nom et coordonnées de votre médecin traitant :

.....

AUTONOMIE POUR REALISER LES CHANGEMENTS DE POSITION

C'est-à-dire se lever et se coucher d'un lit, se relever et s'asseoir d'une chaise, d'un fauteuil ou des toilettes

• Cochez UNE SEULE CASE parmi les propositions suivantes :

Vous réalisez entièrement seul-e (à l'aide d'une aide technique si besoin type potence, lit médicalisé, déambulateur, siège releveur, etc...) tous vos changements de position, sans que quelqu'un ne vous le demande et sans chuter, même si cela est parfois difficile (personne n'a besoin d'être à vos côtés)

Vous avez systématiquement besoin qu'une personne soit présente à chaque changement de position pour vous accompagner ou vous sécuriser pendant le mouvement

Pour toute autre situation, cochez cette case (et entourez le/les exemple-s correspondant : aide d'une personne pour certains transferts, besoin d'incitation, chute au moins une fois par semaine)

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, pour quel-s changement-s de position, à quel-s moment-s de la journée et si la personne qui vous aide utilise une aide technique (lève personne, verticalisateur, ...) :

.....
.....

AUTONOMIE POUR SE DEPLACER DANS LE LIEU DE VIE

• Cochez UNE SEULE CASE parmi les propositions suivantes :

Vous vous déplacez seul-e sans que personne ne vous aide dans toutes les pièces principales de votre domicile (salle de bain, toilettes, chambre, cuisine), et jusqu'à votre boîte aux lettres. Vous utilisez une aide technique si besoin (type canne, déambulateur, fauteuil roulant, etc...).

Vous avez systématiquement besoin que quelqu'un soit présent pour vous déplacer (pour vous sécuriser, vous soutenir ou pousser votre fauteuil) partout dans votre domicile (y compris dans votre chambre)

Pour toute autre situation, cochez cette case (et entourez le/les exemple-s) correspondant : besoin d'aide ou d'incitation pour aller dans certaines pièces de vie et/ou jusqu'à la boîte aux lettres, besoin d'aide à certains moments de la journée, besoin d'aide pour vous repérer)

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, pour quel-s déplacement-s, et à quel-s moment-s de la journée :

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

Vous arrive-t-il de chuter ?

oui non

Si oui, combien de fois par mois ?

.....

Quelle est la date de la dernière chute ?

.....

AUTONOMIE POUR REALISER SA TOILETTE du haut du corps

(Visage, rasage, torse, aisselles, mains bras) et du bas du corps (toilette intime, pieds, jambes)

• Cochez **UNE SEULE CASE** parmi les propositions suivantes :

Vous réalisez votre toilette du haut et du bas entièrement seul·e sans que quelqu'un ne vous le demande, aussi souvent que nécessaire pour assurer votre hygiène (personne n'intervient jamais pour vous aider ou uniquement pour vous laver le dos)

Vous avez systématiquement besoin qu'une personne soit présente pendant toute votre toilette du haut et du bas (pour faire entièrement à votre place ou refaire à chaque fois car vous n'avez pas pu faire correctement, ou pour vous guider verbalement étape par étape)

Pour toute autre situation, cochez cette case (et entourez le/les exemple·s correspondant : besoin d'une aide partielle pour le haut et/ou le bas, besoin d'une aide de temps en temps au moins une fois par semaine, besoin d'aide pour la douche, besoin d'incitation)

• Préparez-vous seul(e) vos affaires de toilette (eau, savon, serviette...) ? oui non

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, et combien de fois par semaine :

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

AUTONOMIE POUR ASSURER L'HYGIENE DE L'ELIMINATION URINAIRE ET FECALE (le jour et la nuit)

• Allez-vous seul·e aux toilettes ? oui non

Si non, demandez-vous à aller aux toilettes ? oui non

• Avez-vous des pertes d'urines et/ou de selles incontrôlées : le jour la nuit jamais

• Portez-vous des protections ? oui non

Si oui, quel est le coût mensuel ?

• Cochez **UNE SEULE CASE** parmi les propositions suivantes :

Vous gérez entièrement seul·e la propreté de vos éliminations (urines et selles) (pas d'aide à l'essuyage, ni d'aide au changement d'éventuelles protections, ni d'aide pour vider une poche)

Une tierce personne intervient à chaque fois que vous urinez ou que vous allez à la selle pour assurer la propreté de vos éliminations (changement de protections portées en continu, ou mise aux toilettes systématique, ou aide systématique pour vider la poche proprement ou changement de vêtements systématique)

Pour toute autre situation, cochez cette case (et entourez le/les exemple(s) correspondant : besoin d'aide pour mettre/changer les protections, besoin d'aide partielle pour vider la poche, besoin d'incitation, besoin d'aide à l'essuyage)

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, et combien de fois par jour :

.....
.....

AUTONOMIE POUR L'HABILLAGE ET LE DESHABILLAGE

• Portez-vous des bas de contention ? oui non

• Cochez UNE SEULE CASE parmi les propositions suivantes :

Vous êtes en capacité de préparer vos vêtements seul-e, de vous habiller et de vous déshabiller entièrement seul-e, aussi souvent que nécessaire, avec des vêtements propres et adaptés à la saison.

Vous avez systématiquement besoin qu'une personne soit présente pendant toute la durée de l'habillage et du déshabillage (pour faire entièrement à votre place ou refaire à chaque fois car vous n'avez pas pu faire correctement, ou pour vous guider verbalement étape par étape)

Pour toute autre situation, cochez cette case (et entourez le/les exemple-s correspondant : besoin d'une aide partielle pour l'habillage et/ou le déshabillage, besoin d'incitation, besoin d'aide pour changer de vêtements quand nécessaire)

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, et combien de fois par semaine :

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

AUTONOMIE POUR LE TEMPS DU REPAS

• Êtes-vous en capacité de :

- vous servir à boire sans renverser ?
- couper votre viande ?
- peler un fruit ?
- ouvrir yaourt, barquette, etc... ?

oui non
oui non
oui non
oui non

• Avez-vous besoin que quelqu'un vous fasse manger ?

Si oui, est-ce à chaque repas et pour l'ensemble du repas (y compris les boissons) ?

oui non

.....
Si non, mangez-vous seul(e) proprement ?

oui non

• Avez-vous besoin d'être stimulé(e) pour manger ?

oui non

• Avez-vous perdu du poids dans les 6 derniers mois ?

Si oui, combien de kilos ?

oui non

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

oui non

Si oui, combien de fois par semaine ?

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, quel type d'aide et combien de fois par semaine :

.....
.....

AUTONOMIE POUR SE REPERER DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

• Cochez UNE SEULE CASE parmi les propositions suivantes :

- Vous pouvez vous repérer dans le temps (moments de la journée, du mois, saison), en vous aidant si besoin d'un agenda (ou du journal), même si vous n'arrivez pas toujours à vous souvenir de la date exacte
- Vous n'avez plus aucun repère dans le temps (matin/après-midi, heures du repas, etc...) et vous ne différenciez plus le jour de la nuit
- Vous avez besoin qu'une personne vous aide pour vous repérer dans la semaine, pour un rendez-vous, une visite régulière, le passage de l'aide à domicile par exemple

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, à quel(s) moment(s) de la journée :

• Cochez UNE SEULE CASE parmi les propositions suivantes :

- Vous pouvez toujours vous repérer dans votre lieu de vie (domicile, lieux connus), et demander une indication pour vous repérer plus globalement dans des lieux nouveaux pour vous
- Vous ne vous pouvez plus du tout vous repérer dans l'espace y compris dans toutes les pièces de votre domicile
- Vous avez besoin qu'une personne vous aide pour vous repérer dans certaines pièces de votre lieu de vie (domicile, lieux connus)

Si vous avez besoin d'aide, précisez qui apporte l'aide, dans quelle situation et à quelle fréquence :

AUTONOMIE POUR COMMUNIQUER

• Avez-vous des troubles, **même appareillé(e)** (lunettes, prothèses auditives...) :

- de la vision qui impactent votre autonomie au quotidien ?
- de l'audition qui impactent votre autonomie au quotidien ?

oui non

oui non

• Pouvez-vous exprimer des besoins simples (douleur, faim, etc...), de manière cohérente et compréhensible par tous les interlocuteurs, en utilisant au besoin une aide technique (ardoise, tablette, etc...) ?

oui non certains jours

• Pouvez-vous réaliser une consigne simple énoncée par votre entourage (par exemple ouvrir une porte, allumer/éteindre la télévision, saisir un objet,...) ?

oui non certains jours

• Pouvez-vous téléphoner ?

oui non

AUTONOMIE POUR AGIR ET SE COMPORTEUR

- | | |
|---|--|
| • Avez-vous des pertes de mémoire qui impactent votre autonomie au quotidien ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des réactions inadaptées ? (violence, cris, repli sur soi,...) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> |
| • Au besoin, acceptez-vous d'être aidé(e) au quotidien ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> |
| • Pouvez-vous réagir de façon adaptée face à un danger ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| • Vous arrive-t-il de vous mettre en danger (errance, oubli du gaz,...) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous un comportement inadapté dans toutes les activités, avec tous les interlocuteurs et tout le temps (absence de prise d'initiative spontanée ou agressivité permanente) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

EXPRESSION DES BESOINS

Merci d'indiquer ici vos attentes par rapport à la demande d'APA, ainsi que d'éventuelles informations complémentaires que vous souhaiteriez porter à notre connaissance :

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

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

Nom : Prénom :

Lien (enfants, voisin·e, professionnel·le, etc.) :

Coordonnées téléphoniques :

Signature de la personne âgée et/ou de son représentant légal :

Je soussigné(e), M/Mme (nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document

Fait le à

Signature :