

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) :

.....