

## COHÉRENCE

### Comportement

- La personne gère-t-elle ses papiers et ses rendez-vous ?  oui  non
- La personne se met-elle en danger ?  oui  non
- La personne a-t-elle des réactions inadaptées (*violence, cris, replis sur soi...*) ?  oui  non
- La personne a-t-elle souvent « les idées embrouillées » ?  oui  non

### Communication

- La personne peut-elle téléphoner ?  oui  non
- La personne comprend-elle les phrases simples ?  oui  non
- La personne peut-elle exprimer des besoins simples ?  oui  non

### Mémoire

- La personne oublie-t-elle souvent des faits récents ?  oui  non
- La personne doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait seule auparavant ?  oui  non

Précisions : .....

## ORIENTATION

- La personne se retrouve-t-elle chez elle ?  oui  non
- La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ?  oui  non
- La personne connaît-elle les heures des repas ?  oui  non
- La personne repère-t-elle les visites régulières (famille, aide à domicile ...) ?  oui  non
- La personne se repère-t-elle dans de nouveaux lieux ?  oui  non

Précisions : .....

Je soussigné(e) M. ou Mme ..... (*nom et prénom*)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

**SIGNATURE** de la personne âgée ou de son entourage, en précisant le lien avec la personne âgée

Date : le ..... / ..... / .....

Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :

- Le numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier : .....

- nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) : .....

- nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) : .....



CONSEIL  
GÉNÉRAL  
**Finistère**  
Penn-ar-Bed

## Allocation personnalisée d'autonomie - APA Questionnaire familial

Vous souhaitez faire une demande d'APA pour faciliter votre vie à domicile ?

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire familial, 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 : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone (*obligatoire*) : .....

Document à remplir exclusivement par la personne âgée 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.



CONSEIL  
GÉNÉRAL  
**Finistère**  
Penn-ar-Bed

Conseil général du Finistère  
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Dupleix  
29 196 Quimper Cedex Tél. 02 98 76 22 46

WWW  
.cg29  
.fr

## SITUATION

- La personne vit seule :  oui  non
- Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) :  oui  non
- La personne a des visites régulières :  oui  non  
(*au moins une fois par semaine*)
- La personne est aidée par la famille  oui  non
- La personne est aidée par une personne extérieure  oui  non
- Si oui : - Une aide à domicile d'une association  oui  non nbre d'heures / sem .....
- Une aide à domicile payée directement  oui  non nbre d'heures / sem .....
- Un service de soins  oui  non nbre d'heures / sem .....
- Cette aide est-elle suffisante ?  oui  non
- La personne voit correctement  oui  non  aveugle  
(*avec lunettes si besoin*)
- La personne entend correctement  oui  non  sourde  
(*avec appareil si besoin*)
- La personne parle correctement  oui  non  pas du tout
- La personne a d'autres moyens pour se faire comprendre  oui  non  
(*écriture, gestes...*)

## TRANSFERTS - Ce n'est pas marcher, mais simplement changer de position : lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise

### Changement de position, même avec une aide technique (*potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...*)

- La personne se lève-t-elle seule de son lit ?  oui  non  parfois
- La personne se couche-t-elle seule dans son lit ?  oui  non  parfois
- La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ?  oui  non  parfois
- La personne s'assied-elle seule sur une chaise ?  oui  non  parfois
- Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## DÉPLACEMENTS EXTÉRIEURS

- La personne se déplace-t-elle seule à l'extérieur sans moyen de transport ?  oui  non
- La personne peut-elle utiliser seule un moyen de transport ?  oui  non

## DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. C'est aussi rouler seul son fauteuil.

L'intérieur est constitué des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

- La personne se déplace-t-elle seule à l'intérieur ?  oui  non  certaines pièces citées
- La personne tombe-t-elle ?  oui  non  plus d'1 fois / semaine
- La personne utilise-t-elle : - une canne  oui  non
- un déambulateur  oui  non
- un fauteuil roulant  oui  non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## TOILETTE

### On ne tient pas compte de la toilette du dos seul ou du shampoing, des soins de manucurie, de pédicurie, ni du brossage des dents

- La personne fait seule sa toilette, de manière satisfaisante et sans incitation ?
- 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

La personne prépare-t-elle seule ses affaires de toilette ?  oui  non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## COMMUNICATION A DISTANCE

- La personne peut-elle utiliser seule un téléphone, une alarme, une sonnette ?  oui  non  en partie

## ÉLIMINATION URINAIRE

- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ?  oui  non  fuites
- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ?  oui  non  fuites
- La personne porte-t-elle des protections ?  oui  non  le jour  la nuit
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ?  oui  non  parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## ÉLIMINATION DES SELLES

- La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ?  oui  non  parfois
- La personne s'essuie-t-elle correctement ?  oui  non
- La personne porte-t-elle des protections ?  oui  non
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ?  oui  non  parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## HABILLAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

- La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante :
- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*)  oui  non  en partie
- Le bas du corps (*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*)  oui  non  en partie
- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles...  oui  non  en partie
- Sort-elle seule ses vêtements ?  oui  non
- Change-t-elle seule de linge quand il est sale ?  oui  non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## DÉSHABILLAGE

- La personne se déshabille-t-elle seule ?  oui  non  en partie

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....

## ALIMENTATION - On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

- La personne peut-elle se servir seule ?  oui  non  en partie  
(*couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir un yaourt, prendre du pain*)
- La personne doit-elle être stimulée pour se servir ?  oui  non
- La personne mange-t-elle seule ?  oui  non  en partie
- La personne mange-t-elle proprement ?  oui  non
- La personne doit-elle être stimulée pour manger ?  oui  non  parfois
- La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ?  oui  non

Si oui, fréquence .....

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : .....