

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) :

.....