

**Nom / Prénom du résident :** \_\_\_\_\_

**Date de l'évaluation :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**GIR :** \_\_\_\_\_

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE / GRILLE NEW AGGIR**

**Pour le Codage Partiel : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B**

**Le Résident ne fait pas, ( si vous n'êtes pas présent)**

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Codage Partiel	Codage final
1	<b>Transferts</b> <i>Pensez aux barrières, aux sondes urinaires, à la contention</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
2	<b>Déplacement à l'intérieur</b> <i>Jardin, jusqu'à la porte de la rue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
3	<b>Toilette HAUT</b> <i>Ne comprend pas le dos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Toilette</u> A A = A C C = C Autre = B
	<b>Toilette BAS</b> <i>Ne comprend pas les orteils</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
4	<b>Elimination URINAIRE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Elimination</u> A A = A Au -1 C = C Autre = B
4	<b>Elimination FECALE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
5	<b>Habillage HAUT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Habillage</u> AAA = A CCC = C Autre = B
	<b>Habillage MOYEN</b> <i>Bretelles, ceintures, boutons</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Habillage BAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<b>Alimentation SE SERVIR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Alimentation</u> A A = A Au-1 C = C Autre = B
	<b>Alimentation MANGER</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<b>Communication à distance, alerter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
8	<b>Déplacement à l'extérieur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○
9	<b>Orientation dans le temps</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Orientation</u> A A = A Au-1C = C Autre = B
	<b>Orientation dans l'espace</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	<b>Cohérence Communication</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Cohérence</u> A A = A Au-1C = C Autre = B
	<b>Cohérence Comportement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Signature du médecin coordonnateur,  
Docteur PINGANAUD

Signature de l'Infirmière Coordinatrice,  
Océane TORILLON