

**GRILLE AGGIR VALABLE POUR UNE ANNEE
(À NE REMPLIR QU'UNE SEULE FOIS)**

Nom - Prénom :

N.N.I. :

Section n° :

Nom de la structure de vie :

Adresse :

Code de la structure de vie :

NIVEAU DE DEPENDANCE : GRILLE AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES

		ADAPTEE	PARTIELLE	INCORRECTE
COHERENCE				
ORIENTATION				
		SEULE	AVEC AIDE	PAS DU TOUT
TOILETTE	HAUT			
	BAS			
HABILLAGE	HAUT			
	MOYEN			
	BAS			
ALIMENTATION	SE SERVIR			
	MANGER			
ELIMINATION	URINAIRE			
	ANALE			
TRANSFERT				
DEPLACEMENT	A L'INTERIEUR			
	A L'EXTERIEUR			
COMMUNICATION	POUR ALERTER			

Cochez les cases correspondantes.

DATE :

Cachet et signature du médecin traitant: