

## ANNEXE 1

À remplir par le médecin traitant

À joindre à la demande d'APA si l'usager le souhaite.

## RECUEIL DE DONNÉES

Monsieur ou Madame.....  
demeurant.....  
.....

### A besoin d'aide pour

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| > réaliser ses transferts (assis, debout, couché) ..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > les déplacements à l'intérieur .....                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > la toilette .....                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > l'hygiène de l'élimination urinaire .....             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| fécale .....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > l'habillage .....                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > l'alimentation : se servir à manger .....             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| manger .....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > gérer sa sécurité (alerter) .....                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > les déplacements à l'extérieur .....                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### La personne a besoin d'aide pour s'orienter

- |                       |                              |                              |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| > dans le temps ..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| > dans l'espace ..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### La personne maîtrise son comportement dans ses relations avec autrui

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Elle communique de façon cohérente ..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Elle se comporte de façon adaptée .....  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

À ..... le .....

Signature

Cachet du médecin