



Dossier RAI simplifié

# Évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile et en EHPAD.

Responsable de projet

Dr Louis LÉVY [l.levy@medsyn.fr](mailto:l.levy@medsyn.fr)

La Crignolée 17700 Breuil la Réorte tél. 05 46 51 56 50

18 - 10 boulevard Jourdan 75014 PARIS

? . 01 43 13 13 25 -? 01 43 13 13 19 - ✉ [mgform@medsyn.fr](mailto:mgform@medsyn.fr)



**H. ETAT PHYSIQUE ET FONCTIONNEL**

Pour ce chapitre, ajouter ci-dessous **uniquement** les items de la **grille AGGIR** pour lesquelles il a été codé B ou C. (variables discriminantes ET variables illustratives, ce qui correspond aux AVQ et aux AIVQ<sup>1</sup>)

ITEM Ou bien se reporter [Fiche H](#)  
NATURE DU PROBLEME

**Cocher si vous pensez qu'il y a un problème (quel qu'il soit) dans le domaine concerné.**  
En cas de réponse positive se reporter si vous le désirez à la fiche correspondante pour affiner l'évaluation.

<b>B. ETAT COGNITIF</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche B</a>
<b>C. COMMUNICATION / AUDITION</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche C</a>
<b>D. VISION</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche D</a>
<b>E. HUMEUR ET COMPORTEMENT</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche E</a>
<b>F. FONCTION SOCIALE</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche F</a>
<b>G. AIDE DE L'ENTOURAGE</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche G</a>
<b>I. INCONTINENCE dans les 14 derniers jours</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche I</a>
1 URINAIRE <input type="checkbox"/> 3 FECALE <input type="checkbox"/>		
<b>J. DIAGNOSTICS MEDICAUX</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche J</a>
Diagnostics principaux :		
Diagnostics secondaires :		
<b>K. PROBLEMES DE SANTE ET MESURES PREVENTIVES</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche K</a>
4 DOULEURS           Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche K1</a>
5 CHUTES            Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche K1</a>
<u>Nb de chutes du client dans les 6 derniers mois</u>		_
Indicateurs de santé		<a href="#">Fiche K2</a>
<b>L. ÉTAT NUTRITIONNEL, HYDRATATION</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche L</a>
<b>M. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche M</a>
<b>N. PROBLÈMES DE LA PEAU ET DES PIEDS</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche N</a>
Escarre <input type="checkbox"/>		
Ulcère de stase <input type="checkbox"/>		
<b>O. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT</b>	<input type="checkbox"/>	<a href="#">Fiche O</a>
Si problème dire lequel :		
<b>P. UTILISATION DE SERVICES PROFESSIONNELS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Liste des services professionnels :		<a href="#">Fiche P</a>
Traitements		<a href="#">Fiche P1</a>
Thérapies et programmes spéciaux		<a href="#">Fiche P2</a>

<sup>1</sup> AVQ : activités de la vie quotidienne. AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne. (en anglais ADL et IADL)



AA


**INFORMATIONS DE BASE A L'ADMISSION****AA. IDENTIFICATION DU CLIENT**

1	NOM DU CLIENT												
		nom						prénom					
2	N° DOSSIER												
3	N° SEC. SOCIALE												

**BB. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**


(remplir lors de l'admission seulement)

1	SEXE	1. masculin		2. féminin			
2	DATE DE NAISSANCE						
		jour		mois		année	
4	ETAT CIVIL	1. célibataire		3. veuf/ve			
		2. marié/e ou vivant5. divorcé/e maritalement		4. séparé/e		6. autre	
5	LANGUE MATERNELLE	0. français					
		1. autres, spécifier : .....					
6	FORMATION (plus haut degré atteint)	<i>(Coder le plus haut degré atteint)</i>					
		1. aucune scolarisation					
		2. moins de 9 années de scolarité					
		3. 9 à 11 années de scolarité					
		4. bac ou maturité					
		5. école supérieure technique, de commerce, professionnelle					
		6. université – grandes écoles					
7. inconnu							
7	RESPONSABILITE/ DIRECTIVES POUR L'AVENIR	a. Le client a un représentant légal (tuteur, curateur)					
		0. non      1. oui					
		b. Le client a exprimé des directives en vue d'un traitement méd. futur (p. ex. : volonté de ne pas être hospitalisé)					
					0. non      1. oui		

	<b>coder</b> dans les cases grisées		<b>cocher</b> toutes les réponses appropriées
--	--	---	--

**B****B. ETAT COGNITIF**

1	MEMOIRE	Mémoire à court terme : le client semble se souvenir de quelque chose après 5 minutes 0. Mémoire OK 1. Problème de mémoire	
2	FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES	Comment le client prend-il ses décisions pour organiser sa journée ? (par ex. l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir) 0. INDEPENDANT – décisions logiques et raisonnables 1. INDEPENDANCE RELATIVE – Quelques difficultés dans les situations nouvelles 2. ALTERATION MODEREE – Peu d'autonomie : a besoin de simulation et de supervision 3. ALTERATION SEVERE – Ne prend pratiquement jamais de décisions	
3	SIGNES D'ETAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM)	a. Changement soudain ou nouveau des fonctions mentales du client. (p. ex. : capacité d'attention, perception de l'environnement, cohérence du discours, variation imprévisible en cours de journée) 0. non 1. oui	a.
		b. Durant les <b>3 derniers mois</b> (ou depuis la dernière évaluation si elle est plus récente), le client a-t-il été agité ou désorienté, au point que vous estimez que sa sécurité n'est plus assurée et qu'il convient de prendre des mesures d'aide ou de protection ? 0. non 1. oui	b.

	<b>coder</b> dans les cases grisées		<b>cocher</b> toutes les réponses appropriées
--	-------------------------------------	---	---
















## H. Etat physique et fonctionnel (suite)

3	<b>BAIN, DOUCHE</b>	<p><b>Dans les 7 derniers jours</b>, toilette complète (bain, douche, lavabo) à l'exclusion du lavage du dos et des cheveux</p> <p>0. <b>INDEPENDANT</b>, a fait seul</p> <p>1. <b>SUPERVISION</b>, surveillance, encouragement</p> <p>2. <b>AIDE LIMITEE</b> à l'entrée et à la sortie</p> <p>3. <b>AIDE PARTIELLE</b> pour le bain</p> <p>4. <b>DEPENDANCE TOTALE</b></p> <p>8. <b>ACTIVITE PAS ACCOMPLIE DANS LES 7 DERNIERS JOURS</b></p>	
4	<b>MODE DE DEPLACEMENT</b>	<p><i>Coder ce qui s'applique</i></p> <p>0. sans moyen auxiliaire 3. scooter (ex. Arrigo)</p> <p>1. canne 4. fauteuil roulant</p> <p>2. déambulateur 5. act. non accomplie</p> <p>a. déplacement à l'intérieur</p> <p>b. déplacement à l'extérieur</p>	
5	<b>MONTER ET DESCENDRE LES ESCALIERS</b>	<p><i>Coder la performance durant les 7 derniers jours ou, si l'activité non accomplie, la capacité du client</i></p> <p>0. monter et descendre sans aide (p.e. tenir la rampe si nécessaire)</p> <p>1. monter et descendre sans aide</p> <p><b>SI L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE</b></p> <p>2. pourrait le faire sans aide</p> <p>3. pourrait le faire avec aide</p> <p>4. incapable de le faire</p> <p>8. <b>NE SAIT PAS.</b> Le client n'a pas accompli l'activité et l'évaluateur ne peut pas juger si la capacité existe</p>	
6	<b>ENDURANCE</b>	<p>a. <i>Nb de jours</i> où le client sort du logement ou de l'immeuble, même sur un court moment. Coder pour une <b>semaine normale</b>, dans les <b>30 derniers jours</b></p> <p>0. chaque jour 2. 1 jour/semaine</p> <p>1. 2-6 jours/semaine 3. aucun jour</p> <p>b. <i>Nb d'heures</i> d'activité physique (p. ex. : marcher, faire le ménage, exercices) dans les <b>7 derniers jours</b></p> <p>0. 2 heures et plus 1. moins de 2 heures</p>	
7	<b>POTENTIEL FONCTIONNEL</b>	<p><i>Cocher tout ce qui s'applique</i></p> <p>a. Le client se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour les AVQ, AIVQ, la mobilité</p> <p>b. Les aidants estiment que le client peut atteindre une indépendance accrue pour les AVQ, AIVQ, la mobilité</p> <p>c. Bonnes perspectives de guérison d'une maladie en cours ou d'un problème de santé, une amélioration de l'état de santé est attendue</p> <p>d. <b>AUCUNE DE CES RUBRIQUES</b></p>	

	coder dans les cases grisées		cocher toutes les réponses appropriées
--	------------------------------	---	--

















## N. PROBLÈMES DE LA PEAU ET DES PIEDS (suite)

5	SOINS DE PLAIE OU D'ULCERE	<b>Code A.</b> Application du traitement		
		0. pas utilisé		
		1. le client le fait seul		
		2. est fait partiellement par d'autres		
		3. est fait totalement par d'autres		
		<b>Code B</b> Nb jours où le client a reçu les soins d'un professionnel dans les 7 derniers jours	<b>A</b>	<b>B</b>
		a. antibiotiques généraux ou locaux		
		b. pansements		
		c. oxygène hyperbare		
		d. moyens pour éduire/enlever la pression		
e. nutrition ou hydratation				
f. tourner, changer de position				
g. débrider				
h. soins de plaie chirurgicale				
6	PROBLEMES DES PIEDS	Cocher tout ce qui s'applique		
		a. cors, callosités, troubles statiques, infections, champignons	a.	
		b. lésion ouverte au pied	b.	
		c. pieds non examinés dans les <b>3 derniers mois</b> par le client ou par d'autres	c.	
		d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d.	

	<b>coder</b> dans les cases grisées
--	-------------------------------------



<b>cocher</b> toutes les réponses appropriées
---







