

**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
<b>COHERENCE</b>				
<b>ORIENTATION</b>				
		SEULE	AVEC AIDE	PAS DU TOUT
<b>TOILETTE</b>	HAUT			
	BAS			
<b>HABILLAGE</b>	HAUT			
	MOYEN			
	BAS			
<b>ALIMENTATION</b>	SE SERVIR			
	MANGER			
<b>ELIMINATION</b>	URINAIRE			
	ANALE			
<b>TRANSFERT</b>				
<b>DEPLACEMENT</b>	A L'INTERIEUR			
	A L'EXTERIEUR			
<b>COMMUNICATION</b>	POUR ALERTER			

*Cochez les cases correspondantes.*

DATE :  
 Cachet et signature du médecin traitant: