



LE DÉPARTEMENT

DÉLÉGATION **G**ÉNÉRALE **A**UX **S**OLIDARITÉS

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT

FICHE TECHNIQUE A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT

(transmettre sous pli confidentiel)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ÉTABLISSEMENT	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	
ADRESSE	
SIGNATURE DE LA CONVENTION TRIPARTITE	OUI / NON DATE
GIR MOYEN PONDÉRÉ	VALIDATION OUI / NON DATE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR D'APA	
NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
DATE D'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT	

Tournez S.V.P. →

VARIABLES DISCRIMINANTES

COHERENCE	
ORIENTATION	
TOILETTE HAUT BAS	
HABILLAGE HAUT MOYEN BAS	
ALIMENTATION SE SERVIR MANGER	
ELIMINATION URINAIRE ANALE	
TRANSFERTS	
DEPLACEMENT INTERIEUR	
DEPLACEMENT EXTERIEUR	
COMMUNICATION	
GIRAGE EFFECTUE PAR LE MEDECIN OU L'INFIRMIERE REFERENTE	GIR : DATE :

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR :

DATE :