



## **CERTIFICAT MEDICAL** **allocation personnalisée d'autonomie**

Mon cher confrère,

Dans le cadre de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, et des décrets d'application y afférant, toute personne âgée de 60 ans et plus peut prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Afin d'évaluer la situation, le certificat médical ci-joint dûment rempli est à remettre à votre patient **sous pli confidentiel** afin qu'il le joigne à son dossier.

Pour permettre au médecin de l'équipe médico-sociale d'étudier la situation dans les délais les plus courts, il vous est demandé d'avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et de remplir la grille d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR).

Il est précisé que les éléments mentionnés dans ce certificat médical sont à destination des seuls médecins du Département référents du dispositif APA garants de la confidentialité des éléments fournis.

Dans le cadre de la coordination de la prise en charge de la dépendance, un médecin du Département est à votre disposition au 04 76 00 31 51.

◆ **ÉTAT CIVIL**

NOM \_\_\_\_\_ NOM DE JEUNE FILLE \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

◆ **LES PATHOLOGIES NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT**

1 - \_\_\_\_\_ 2 - \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_\_

◆ **LE TRAITEMENT EN COURS**

Nature : \_\_\_\_\_

Tolérance (préciser les effets indésirables, notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : \_\_\_\_\_

◆ **ÉVOLUTIVITÉ**

- Pathologie aiguë ou poussée évolutive d'une maladie chronique
- Pathologie chronique ou stabilisée
- Phase terminale d'une affection

**DESCRIPTION DES DÉFICIENCES**

◆ **LES DÉFICIENCES**

**Déficiences des fonctions supérieures :**       oui       non

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Troubles mnésiques       | <input type="checkbox"/> Mineurs<br><input type="checkbox"/> Majeurs  |
| Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> Apragmatisme<br><input type="checkbox"/> Agressivité<br><input type="checkbox"/> Hallucination<br><input type="checkbox"/> Fugues<br><input type="checkbox"/> Inversion des rythmes nycthéméraux |
| Troubles du psychisme    | <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif majeur<br><input type="checkbox"/> Syndrome de glissement<br><input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter<br><input type="checkbox"/> Démence                                |

Autres (nécessitants par exemple un besoin de surveillance) : \_\_\_\_\_

**Déficiences sensorielles :**

- Audition \_\_\_\_\_
- Vision \_\_\_\_\_
- Troubles de l'équilibre \_\_\_\_\_

Amélioration possible       oui       non

**Déficiences cardio-respiratoire :**

- insuffisance cardiaque compensée  oui  non
- insuffisance respiratoire avec oxygénothérapie  oui  non
- retentissement fonctionnel (dyspnée d'effort) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Déficiences de la sphère digestive** ( troubles de la déglutition, type d'alimentation, trouble du transit, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Incontinence fécale  occasionnelle  permanente

**Déficiences de l'appareil locomoteur**

- Préciser la localisation, le type de troubles, les signes neurologiques associés (moteurs, sensitifs, douloureux) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Préciser le risque de chutes :  mineur  majeur
- Préciser les aides techniques utilisées régulièrement :
  - canne simple  fauteuil, garde robe
  - déambulateur  lit médicalisé
  - fauteuil roulant  lève malade
  - autres : \_\_\_\_\_

**Déficiences diverses de la fonction urinaire, troubles de l'élimination** (rétention, incontinence diurne ou nocturne, sonde, protection) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Dialyse  Fréquence hebdomadaire : \_\_\_\_\_

**Autres déficiences** : (métaboliques : diabète, obésité ; immunitaires et hématopoïétiques) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

**Autonomie :**  
**A :** fait seul, totalement, habituellement, correctement  
**B :** fait partiellement, non habituellement, non correctement  
**C :** ne fait pas

▪	<b>COHÉRENCE</b> : Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>
▪	<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>
▪	<b>TOILETTE</b> : concerne l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>
	TOILETTE DU HAUT	<input type="checkbox"/>
	TOILETTE DU BAS	<input type="checkbox"/>
▪	<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se préparer	<input type="checkbox"/>
	HABILLAGE DU HAUT	<input type="checkbox"/>
	HABILLAGE MOYEN	<input type="checkbox"/>
	HABILLAGE BAS	<input type="checkbox"/>
▪	<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/>
	SE SERVIR	<input type="checkbox"/>
	MANGER	<input type="checkbox"/>
▪	<b>ELIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination	<input type="checkbox"/>
	URINAIRE	<input type="checkbox"/>
	ANALE	<input type="checkbox"/>
▪	<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>
▪	<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
▪	<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
▪	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/>

**Si ce certificat médical est rédigé dans un projet de maintien à domicile :**

## 1. Environnement

- soins infirmiers
- soins d'orthophonie
- soins de kinésithérapie
- hospitalisation à domicile
- accueil de jour
- autres

## 2. Pouvez-vous préciser si la situation vous semble :

- relativement simple
- difficilement prévisible
- très évolutive

A.....le.....  
 Signature du médecin (cachet)