



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

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