

CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Adresse actuelle :

Code postal :

Commune :

Madame, Monsieur et cher confrère,

La loi du 20 juillet 2001 a institué l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui a remplacé pour les personnes âgées de plus de 60 ans l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (A.C.T.P.) et la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

Cette prestation est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes essentiels de la vie à domicile, ou de bénéficier d'une amélioration de leur environnement quotidien.

Votre patient(e) a demandé à recevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il (elle) va recevoir la visite d'une assistante sociale ou d'une infirmière. Celle-ci fera le point sur son environnement et ses besoins, à l'aide de la grille d'évaluation AGGIR.

Vous pourrez, si votre patient(e) le souhaite, être présent à cette rencontre.

En tout état de cause, il me serait très utile de connaître votre propre évaluation de l'état de santé de cette personne, pour pouvoir établir le mieux possible le « plan d'aide » dont elle bénéficiera. C'est pourquoi je vous serais obligé(e) de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint et le remettre sous pli confidentiel à l'intéressé(e), qui le joindra à son dossier de demande.

Lors de l'évaluation du GIR (Groupe Iso-Ressources) et/ou de l'élaboration du plan d'aide, je pourrai être amené(e) à vous consulter pour de plus amples informations.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient(e) et vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le médecin responsable de l'équipe
Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
de l'Unité d'Action Sociale

CONDITIONS DE VIE

- à domicile seul(e) à domicile en couple à domicile en famille
- en famille d'accueil en foyer résidence en établissement

DONNÉES MÉDICALES

Poids :

Taille :

Dénutrition oui non

Droitier

Déshydratation

Gaucher

Pathologies

* Pathologies actuelles nécessitant une surveillance et/ou un traitement

* Séquelles actuelles des affections antérieures

Soins entrepris

- médicaments prise autonome
 préparation par un tiers
 administration par un tiers

Traitement de fond

- appareillages éventuels (y compris prothèses dentaires)

Type de soins/Fréquence hebdomadaire/Durée envisagée

- auxiliaires médicaux infirmier(e)
 aide-soignant(e)
 kinésithérapeute
 autre

DÉFICIENCES

Si vous cochez la case 'OUI', veuillez détailler les déficiences constatées.

		NON	OUI <i>à titre intermittent</i>	OUI <i>à titre permanent</i>	DÉFICIENCES CONSTATÉES
• psychique :	intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	orientation <i>dans le temps</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<i>dans l'espace</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• du langage et de la parole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sensorielles <i>(après correction éventuelle)</i>					
	auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• appétit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• fonction cardio-respiratoire <i>(appréciée sous traitement)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• mastication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• déglutition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• appareil locomoteur					
	membres sup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	membres inf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• incontinence :					
	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• autres :		_____			

AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Veillez préciser la nature de l'aide effectivement apportée et indiquer les aides techniques éventuellement utilisées. **Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne.** (exemple : une personne effectue seule ses déplacements si elle manipule elle-même son fauteuil roulant).

		Correctement et toujours seule	Seule avec stimulation et/ou surveillance	Incorrectement et/ou partiellement seule	Jamais seule	Nature de l'aide
• toilette :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• habillage - Déshabillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• repas	préparer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	se servir à table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	manger/boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• hygiène de l'élimination <i>(y compris les changes)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• transferts	se lever	}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	se coucher					
	s'asseoir					
• déplacement à l'intérieur du domicile <i>(jardin compris)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• communication	appeler à l'aide de vive voix	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	téléphoner	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	utiliser une alarme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• entretien	faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS (aides préconisées)

	Certificat établi par le docteur Le..... à..... Signature et cachet du médecin
--	---