

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
A L'ATTENTION DU MEDECIN
DU SERVICE MEDICAL

DOSSIER N°

- Première demande
- Nouvelle demande après refus
- Révision

ETAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

LIEU DE VIE

❖ **l'environnement humain, la personne vit-elle :**

A DOMICILE, préciser le type d'habitat

- ↳ en pavillon
- ↳ en appartement
- ↳ en résidence autonomie (ex logement-foyer)
- ↳ en résidence avec services
- ↳ autre, préciser

SEULE

Oui Non

→ confinée

Oui Non

CHEZ SES ENFANTS

EN COUPLE

Oui Non

EN FAMILLE D'ACCUEIL

→ conjoint valide ?

Oui Non

AUTRE, préciser

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1 - ENTREE DANS LA DEPENDANCE

- Evénement brutal récent : *(à quelle date et de quel type)*
- Polypathologie : *(préciser les différentes affections et leur chronologie)*
- Sénescence « physiologique » : *(préciser les principaux déficits)*

❖ **Autres pathologies non citées en 1 et 2, mais susceptibles d'avoir un impact sur l'autonomie**

⇒ organes des sens (acuité visuelle et auditive)

Si handicap visuel, joindre le bilan ophtalmologique précisant l'acuité visuelle corrigée

⇒ pathologies rhumatologiques (membres supérieurs, rachis...)

⇒ pathologies cardiaques et respiratoires

La personne a-t-elle besoin d'oxygénothérapie pour ses déplacements oui non

⇒ pathologies neurologiques et psychiatriques

⇒ endocrinopathies, maladies de système, hémopathies...

❖ **Traitement actuel :**

4 - **PRONOSTIC** évolutif à moyen terme

stabilisation

amélioration

aggravation

5 - **COMMENTAIRES**

(ce questionnaire étant volontairement standardisé, indiquez tout élément supplémentaire vous paraissant important)

GRILLE NATIONALE AGGIR

A - fait seul, spontanément, correctement, totalement, habituellement
 B - fait seul, mais après stimulation, ou mal, ou partiellement, ou à mauvais escient
 C - ne fait pas : - il faut faire à la place
 - ou il faut « faire-faire »

A, B ou C

TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
TOILETTE : assurer son hygiène corporelle du :	HAUT du corps	
	BAS du corps	
ELIMINATIONS : assurer l'hygiène de l'élimination	URINAIRE	
	FECALE	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	HAUT	
	MOYEN	
	BAS	
ALIMENTATION :	SE SERVIR	
	MANGER (porter les aliments et boissons à la bouche)	
ALERTER : utiliser les moyens à communication (téléphone, téléalarme, alarme, sonnette)		
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : en dehors de son lieu de vie		
ORIENTATION :	LE TEMPS	
	L'ESPACE	
COHERENCE :	COMMUNICATION verbale et/ou non verbale	
	COMPORTEMENT agir de façon logique et sensée	

Certificat établi le :

, par le Docteur (cachet et signature)

A RETOURNER A :
DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
SERVICE MEDICAL
CS 94104 - 49941 ANGERS cedex 9