

ALLOCATION DÉPARTEMENTALE D'AUTONOMIE
DES PERSONNES ÂGÉES
CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL
À L'ATTENTION DU MÉDECIN DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

DOSSIER N°

(ne rien inscrire dans ce cadre)

- Première demande**
- Renouvellement**
- Révision**

ÉTAT CIVIL

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

LIEU DE VIE

1 - À DOMICILE, préciser **❖ l'environnement humain : la personne vit-elle :**

❖ le type d'habitat	SEULE		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
↔ en pavillon <input type="checkbox"/>	→ confinée		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
↔ en appartement <input type="checkbox"/>				
↔ en logement-foyer <input type="checkbox"/>	EN COUPLE		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
↔ en résidence avec services <input type="checkbox"/>	→ conjoint valide ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
↔ autre <input type="checkbox"/>				
	CHEZ SES ENFANTS		<input type="checkbox"/>	
	EN FAMILLE D'ACCUEIL		<input type="checkbox"/>	
	AUTRE, préciser			
			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1 - ENTRÉE DANS LA DÉPENDANCE

→ Événement brutal récent : *(à quelle date et de quel type)*

→ Polypathologie : *(préciser les différentes affections et leur chronologie)*

→ Sénescence « physiologique » : *(préciser les principaux déficits)*

2 - AUTRES ANTÉCEDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX AYANT DES CONSÉQUENCES SUR L'AUTONOMIE

3 - ÉTAT ACTUEL

❖ État général

- ⇒ perte de poids récente
⇒ anorexie
⇒ état cutané : escarres ?
plaies chroniques ?

poids :

- oui non
oui non
oui non
oui non

❖ Fonctions supérieures

- ⇒ syndrome dépressif
⇒ troubles de la mémoire
⇒ désorientation temporo-spatiale
⇒ troubles du comportement
si oui, de quel type ?
⇒ troubles du langage
⇒ troubles praxiques
⇒ fugues
⇒ troubles du sommeil
⇒ un MMS a-t-il été effectué ? si oui

- oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
score /30

date :

❖ Fonctions locomotrices

- ⇒ troubles de l'équilibre
la station unipodale (5 s) est-elle possible ?

- oui non
oui non

- ⇒ troubles de la marche
si oui, préciser :

- marche avec une aide technique (*canne, déambulateur...*)
- marche avec l'aide d'une tierce personne
- ne marche pas
- ne marche pas, mais est capable de manipuler seul son fauteuil roulant

- ⇒ Chutes
si oui, - fréquence ?

- oui non

- la personne peut-elle se relever seule ?

❖ Sphincters

- ⇒ incontinence urinaire
si oui : diurne
nocturne

- oui non

- ⇒ incontinence anale

- oui non

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

- ⇒ organes des sens (acuité visuelle et auditive)

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

- ⇒ pathologies cardiaques et respiratoires

- ⇒ 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
COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	

TOILETTE : assurer son hygiène corporelle du :	HAUT du corps	
	BAS du corps	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	HAUT	
	MOYEN	
	BAS	
ALIMENTATION : SE SERVIR		
	ET MANGER les aliments préparés	
ÉLIMINATIONS : assurer l'hygiène des éliminations	URINAIRES	
	et FÉCALES	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENTS À L'INTERIEUR :		
	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENTS À L'EXTERIEUR :		
	à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE :		
	utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette)	

Certificat établi le

, par le Docteur (*cachet et signature*)

À RETOURNER À :
CONSEIL GÉNÉRAL DE MAINE-ET-LOIRE
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
PÔLE MÉDICAL ET SOCIAL
CS 94104 - 49941 ANGERS cedex 9 - ☎ 02 41 81 47 36