

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU CHER

PRÉVENTION AUTONOMIE ET VIE SOCIALE

Direction Autonomie Personnes Agées

Personnes Handicapées - MDPH

Pyramides du Conseil départemental

7 Route de Guerry

18000 BOURGES

☎ : 02 48 27 31 31

CERTIFICAT MÉDICAL**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE****APA 18**

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Dans le cadre de la **loi N° 2001-647** du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à **l'allocation personnalisée d'autonomie**, je vous serais reconnaissant de bien vouloir compléter ce certificat médical et le remettre à votre patient, **sous pli confidentiel secret médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Ce certificat médical me permettra de mieux apprécier l'état de santé de la personne âgée et son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, confronté avec le résultat de l'évaluation sur place de l'Equipe Médico-Sociale.

En vous remerciant, recevez, Cher Confrère, Chère Consoeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Médecin de l'Equipe Médico-Sociale,

GIR : [____]

Commentaires :

.....

.....

État civil

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
.....
.....

Taille : Poids :

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Depuis le :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état actuel d'incapacité :

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

Attitude psychologique générale :

Coopérant

Opposant

Démissionnaire

DESCRIPTION DES DEFICIENCES (complétez les rubriques concernant votre patient)

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...) :

Déficiences liées à l'épilepsie

Type : Fréquence des crises :

Troubles de la personnalité associés :

Déficiences de l'audition

Troubles associés (acouphènes, vertiges...) :

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre ... :

En cas de mutité, une communication est-elle possible :

Si oui, de quel type :

Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque oeil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible :

Impossible :

Médicalement :

Chirurgicalement :

Envisagée vers quelle date :

Autres troubles neuro-ophtalmologiques (aphakies, annexes de l'oeil...) :

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

Signes fonctionnels :

Signes de décompensation cardiaque :

Assistance respiratoire éventuelle :

Greffe : Date : [][] [][] [][] Tolérance :

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... :

.....

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) :

.....

Dialyse : oui non Fréquence hebdomadaire :

Greffe : oui non Date : [][] [][] [][] Tolérance :

Déficiences métaboliques, enzymatiques

Type de diabète, obésité, nanisme, autres... :

.....

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

.....

Répercussion sur l'état général et psychique :

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés :

.....

.....

.....

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

.....

.....

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

Autonomie

Evaluer **ce que fait** la personne elle-même et non sa capacité à faire

A : Fait seul, spontanément, totalement, habituellement, correctement

Cocher A, B ou C B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

LES VARIABLES		AUTONOMIE
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir		
Déplacement à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
Toilette du haut et du bas du corps Assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres = B)	Toilette du haut	
	Toilette du bas	
Elimination Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A, CC=C, AC=C, BC=C, CB=C, autres = B)	Elimination urinaire	
	Elimination fécale	
Habillage (haut, moyen, bas) S'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA=A, CCC=C, autres = B)	Habillage haut	
	Habillage moyen	
	Habillage bas	
Alimentation Se servir et manger les aliments préparés (AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres = B)	Se servir	
	Manger	
Communication à distance Utiliser les moyens de communication, téléphone, alarme, sonnette		
Déplacement à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux		
Cohérence Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée		

Traitement actuel

GIR : []

Médicamenteux :

Fréquence des hospitalisations : A, le

Rééducation fonctionnelle : Signature du médecin (cachet):