

**CERTIFICAT MÉDICAL
À COMPLÉTER PAR LE MEDECIN**

**DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
À DOMICILE**

À joindre sous pli confidentiel au formulaire de demande d'APA

Nom de naissance Nom d'usage
Prénom(s) Né(e) le
Commune de résidence

Poids : Taille :

Histoire de la pathologie motivant la demande (Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement en cours et dernières hospitalisations :

.....
.....
.....
.....
.....

Le traitement est pris de façon :

- Autonome Préparé par l'entourage Donné par l'entourage
 Préparé par IDE Donné par IDE

Vue :

- Normale Corrigée Non corrigée

Audition :

- Normale Surdité appareillée Surdité non appareillée

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :



Réalisé sans difficulté



Réalisé partiellement
seul(e) ou avec aide
partielle



Non réalisé ou avec aide
totale

Cohérence	A	B	C
Communication			
Réponse adaptée aux questions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonne capacité de raisonnement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles du comportement (*manque d'initiative, opposition, agitation, déambulation, fugue, cri...*) :

Oui

Non

Si oui, préciser :

.....

.....

Orientation	A	B	C
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score MMS (Si connu) : / 30

Date :

Toilette	A	B	C
Toilette du haut :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du bas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habillage	A	B	C
Habillage du haut (<i>enfiler ses vêtements par la tête et/ou les bras, hormis les chapeaux</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen (<i>fermer boutons, fermeture éclair, pressions...mettre une ceinture, un soutien-gorge...</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas (<i>enfiler ses vêtements par le bas, y compris les chaussettes et chaussures, hormis les bas de contention</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation	A	B	C
Se servir (<i>retirer les opercules, éplucher, couper sa viande...</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la déglutition : Oui Non

Elimination	A	B	C
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestion de l'incontinence, des changes, de la stomie, de la sonde urinaire :

Précisions :

Par un tiers Par le bénéficiaire

Mobilité / Capacité motrice	A	B	C
Confiné(e) au lit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre :			
Transferts (<i>se lever, se coucher, s'asseoir... passer de l'une de ces trois positions à l'autre, dans les deux sens</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements intérieurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements extérieurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aides techniques :

Canne Fauteuil roulant manuel

Déambulateur Fauteuil roulant électrique

Autres :

Votre appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et sur son maintien à domicile :

.....

.....

.....

.....

Signature du médecin	Cachet du médecin	Date