

## COMMENTAIRES FACULTATIFS :

À l'appréciation du médecin traitant et ne relevant pas du secret médical



DÉPARTEMENT  
BOUCHES  
DU RHÔNE



Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Âge

InfoAPA 13  
0800 73 23 46\*

\* Coût d'une communication locale



# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

## CERTIFICAT MÉDICAL

(Rempli par le médecin traitant et remis au demandeur sous pli cacheté confidentiel)

## VALIDATION DU GIR PAR LE SERVICE MEDICAL DE LA DIRECTION

Etabli après étude des éléments fournis par le médecin traitant  
(volets 2 et 3)

Cachet et signature

GIR

## COMMENTAIRES EVENTUELS ne relevant pas du secret médical

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Certificat médical établi le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin traitant :

## À l'attention du médecin traitant

Les informations contenues dans ce certificat médical sont essentielles pour que votre patient puisse faire valoir ses droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Précisons que si les pathologies et leurs traitements restent des données indispensables,

Dans le cadre de l'APA

Il est recommandé d'apporter une attention particulière à leur répercussion sur la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne de vos patients.

Nous vous remercions de cette prise en considération.

<b>ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (Dates)</b>			<b>PATHOLOGIE : diagnostic et date d'apparition</b>	<b>TRAITEMENT</b>
Poids :	Taille :	Tension artérielle :		
Audition :				
Vision : Si la déficience est susceptible d'entraîner des difficultés dans la réalisation des AEV : Préciser l'AV, le CV			éventuellement fournir un CM de l'OPH	
<b>EVALUATION DE L'AUTONOMIE (ACTES ESSENTIELS DE LA VIE : AEV) -----&gt;</b> A : fait seul, totalement, habituellement, correctement, spontanément    C : ne fait pas du tout = aide totale pour l'accompagnement de l'acte B : fait partiellement, non habituellement, incorrectement, non spontanément				
<b>COHÉRENCE</b> - converser et / ou se comporter de façon logique et sensée <b>ORIENTATION</b> - se repérer dans le temps et dans les lieux			<input type="checkbox"/> <b>Au plan cognitif afin de renseigner au mieux les 2 items tenir compte entre autre de :</b> - la capacité de tenir une conversation cohérente (aphasie éventuelle) - le degré de sévérité des troubles mnésiques (antérogrades – faits anciens) - l'orientation spatiale dans un périmètre connu : domicile ou extérieur < à 200 m - orientation temporelle : dates (jours, mois, saisons, années) - reconnaissance des proches <small>(MMS si possible)</small>	
<b>TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS</b> - hygiène corporelle <b>HABILLAGE (HAUT - MOYEN - BAS)</b> - s'habiller, se déshabiller, se présenter			<input type="checkbox"/> <b>Concernant la toilette et l'habillage, précisez :</b> - autonomie dans la réalisation de l'acte ..... - besoin de stimulation, surveillance ou difficultés mineures ..... - aide partielle ou occasionnelle ..... - aide totale ..... - aide apportée par ..... alimentation : troubles fréquents de la déglutition ..... <b>En cas d'incontinence :</b> - gestion autonome (y compris des protections si besoin) ..... - aide ponctuelle, occasionnelle ou nocturne uniquement ..... - assistance totale par une tierce personne ..... <small>Toilette      Habilage</small> <small>IDE      SSIAD      Famille</small> <small>O      O      O</small> <small>O      O      O</small> <small>O      O      O</small> <small>Oui      Non</small> <small>O      O      Non</small> <small>O      O      Non</small> <small>O      O      Non</small>	
<b>ALIMENTATION</b> - se SERVIR et MANGER les aliments déjà préparés <b>ELIMINATION URINAIRE ET FCALE</b> - gestion de l'hygiène et de l'élimination			<input type="checkbox"/> <b>Transferts :</b> - autonomes ou avec légères difficultés (appui) - difficultés importantes - aide ponctuelle ou assistance occasionnelle - aide totale et constante par une tierce personne <b>Déplacements à l'intérieur du domicile :</b> - autonomes (y compris avec une canne ou bâton) - avec déambulateur ou appui sur murs et mobilier - marche impossible sans une tierce personne - risque de chutes important et/ou chutes fréquentes - fauteuil roulant manœuvré de façon autonome <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small>	
<b>TRANSFERT</b> - se lever, se coucher, s'asseoir, verticalisation <b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR DU DOMICILE</b>			<input type="checkbox"/>	
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DU DOMICILE</b> - sans moyen de transport <b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> - téléphone, alarme, sonnette			<input type="checkbox"/> <b>Capacité</b> - de prendre un transport en commun seul ..... - de conduire son véhicule automobile ..... <small>Oui      Non</small> <small>Oui      Non</small>	