

## COMMENTAIRES FACULTATIFS :

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

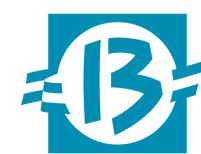
## VALIDATION DU GIR PAR LE SERVICE MEDICAL DE LA DIRECTION

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



DÉPARTEMENT  
**BOUCHES  
DU RHÔNE**



Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Age

Info**APA 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)

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.

Direction Générale Adjointe de la Solidarité

Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Age - 4, Quai d'Arenc - CS 70095 - 13304 Marseille cedex 02

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (Dates)		
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 <u>CM</u> de l'OPH		

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (ACTES ESSENTIELS DE LA VIE : AEV) ----->

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

COHÉRENCE - converser et / ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	Au plan cognitif afin de renseigner au mieux les 2 items tenir compte entre autre de :	
ORIENTATION - se repérer dans le temps et dans les lieux	<input type="checkbox"/>	- 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 (MMS si possible)	
TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS - hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	Concernant la toilette et l'habillement, précisez :	Toilette
HABILLAGE (HAUT - MOYEN - BAS) - s'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/>	- autonomie dans la réalisation de l'acte .....	<input type="radio"/>
		- besoin de stimulation, surveillance ou difficultés mineures .....	<input type="radio"/>
		- aide partielle ou occasionnelle .....	<input type="radio"/>
		- aide totale .....	<input type="radio"/>
		- aide apportée par .....	IDE <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/>
ALIMENTATION - se SERVIR et MANGER les aliments déjà préparés	<input type="checkbox"/>	alimentation : troubles fréquents de la déglutition.....	Famille <input type="radio"/>
ELIMINATION URINAIRE ET FECALE - gestion de l'hygiène et de l'élimination	<input type="checkbox"/>	En cas d'incontinence :	Non <input type="radio"/>
		- gestion autonome (y compris des protections si besoin) .....	<input type="radio"/>
		- aide ponctuelle, occasionnelle ou nocturne uniquement .....	<input type="radio"/>
		- assistance totale par une tierce personne .....	<input type="radio"/>
TRANSFERT - se lever, se coucher, s'asseoir, verticalisation	<input type="checkbox"/>	Transferts :	<input type="radio"/>
		- autonomes ou avec légères difficultés (appui)	<input type="radio"/>
		- difficultés importantes	<input type="radio"/>
		- aide ponctuelle ou assistance occasionnelle	<input type="radio"/>
		- aide totale et constante par une tierce personne	<input type="radio"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR DU DOMICILE	<input type="checkbox"/>	Déplacements à l'intérieur du domicile :	<input type="radio"/>
		- autonomes (y compris avec une canne ou béquille)	<input type="radio"/>
		- avec déambulateur ou appui sur murs et mobiliers	<input type="radio"/>
		- marche impossible sans une tierce personne	<input type="radio"/>
		- risque de chutes important et/ou chutes fréquentes	<input type="radio"/>
		- fauteuil roulant manœuvré de façon autonome	<input type="radio"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DU DOMICILE - sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>	Capacité	<input type="radio"/>
COMMUNICATION A DISTANCE - téléphone, alarme, sonnette	<input type="checkbox"/>	- de prendre un transport en commun seul .....	<input type="radio"/>
		- de conduire son véhicule automobile .....	<input type="radio"/>