

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 PA/PH

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

Cachet et signature

GIR

COMMENTAIRES EVENTUELS ne relevant pas du secret médical



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.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (Dates)

--

Poids :	Taille :	Taille habituelle :
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
- B : fait partiellement, non habituellement, incorrectement, non spontanément
- C : ne fait pas du tout = aide totale pour l'accompagnement de l'acte

<p>COHÉRENCE - converser et / ou se comporter de façon logique et sensée</p> <p>ORIENTATION - se repérer dans le temps et dans les lieux</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Au plan cognitif afin de renseigner au mieux les 2 items tenir compte entre autre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p style="text-align: right;">(MMS si possible)</p>																					
<p>TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS - hygiène corporelle</p> <p>HABILLAGE (HAUT - MOYEN - BAS) - s'habiller, se déshabiller, se présenter</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Concernant la toilette et l'habillement, précisez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonomie dans la réalisation de l'acte - besoin de stimulation, surveillance ou difficultés majeures - aide partielle ou occasionnelle - aide totale - aide apportée par <p>Alimentation : troubles fréquents de la déglutition</p> <p>En cas d'incontinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestion autonome (y compris des protections si besoin) - aide ponctuelle, occasionnelle ou nocturne uniquement - assistance totale par une tierce personne 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Toilette</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Habillage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">IDE <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">SSIAD <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Famille <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Famille <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Toilette	<input type="checkbox"/>	Habillage	<input type="checkbox"/>	IDE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Toilette	<input type="checkbox"/>	Habillage	<input type="checkbox"/>																				
IDE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Famille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>ALIMENTATION - se SERVIR et MANGER les aliments déjà préparés</p> <p>ELIMINATION URINAIRE ET FECALE - gestion de l'hygiène et de l'élimination</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Transferts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonomes ou avec légères difficultés (appui) - difficultés importantes - aide ponctuelle ou assistance occasionnelle - aide totale et constante par une tierce personne <p>Déplacements à l'intérieur du domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonomes (y compris avec une cane ou béquille) - avec déambulateur ou appui sur murs et mobiliers - marche impossible sans une tierce personne - risque de chutes important et/ou chutes fréquentes - fauteuil roulant manœuvré de façon autonome 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR DU DOMICILE</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Capacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - de prendre un transport en commun seul - de conduire son véhicule automobile 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DU DOMICILE - sans moyen de transport</p> <p>COMMUNICATION A DISTANCE - téléphone, alarme, sonnette</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dui <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

<p>PATHOLOGIE : diagnostic et date d'apparition</p>	<p>TRAITEMENT</p>
	<p>Ou copie ordonnance</p>

PRECISIONS CONCERNANT (EN LIEN AVEC LES ITEMS DE LA GRILLE AGGIR)

- l'altération des fonctions cognitives
- les limitations fonctionnelles gênant ou empêchant la réalisation des AEV