



CERTIFICAT MEDICAL ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Préambule

Cher Confrère,

Votre patient va introduire une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) à domicile.

Dans son intérêt et afin de permettre une évaluation au plus juste de son niveau de dépendance, je vous prie de bien vouloir compléter ce formulaire, et de lui remettre sous pli confidentiel (enveloppe ci-jointe) pour qu'il le joigne à sa demande.

L'absence de certificat médical risque de retarder le traitement de son dossier.

Au cours de l'instruction, vous pourrez être contacté pour d'éventuels renseignements complémentaires.

Après instruction une copie de la notification et du plan d'aide attribué sera adressée à votre patient qui vous la remettra.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médico-sociale ainsi que l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel.

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Le médecin de l'équipe médico-sociale

PATIENT

NOM :Prénom :

NOM de jeune fille :date de naissance :

Adresse :

MEDECIN TRAITANT (Cachet) et/ou du praticien hospitalier

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Joignable de préférence :

Taille : **Poids** :

→ Affections Principales à l'origine de la Dépendance :

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

→ Antécédents médicaux ou chirurgicaux pertinents :

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

→ Traitements Médicamenteux en cours :

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

Observance du traitement :

Capacité à gérer son traitement oui non

→ Déficiences urinaires

Type(s) de trouble :.....
Incontinence urinaire permanente occasionnelle
Sonde urinaire dialyse péritonéale hémodialyse
Couches nombre par jour :.....

Intervention Infirmière en cours :

1 fois/jour 2 fois/jour soins particuliers (pansement, sondage, stomie)
 injections autres :.....

Autres Paramédicaux en cours :

Auxiliaire de vie (toilette, habillage) SSIAD Kinésithérapeute
Accueil de jour Hôpital de jour

Attitude psychologique : coopérant indifférent
 opposant démissionnaire

Sur la journée nécessite une surveillance : constante ponctuelle

Observations éventuelles

Nom : Prénom :

Conséquences des déficiences

A : fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement

B : fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement

C : ne fait pas du tout

Item	Cotation	Observation
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps et dans les lieux	
TOILETTE : assurer son hygiène corporelle Haut Bas	
HABILLAGES : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage Haut Moyen Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés et servis	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de son Elimination urinaire Elimination anale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS avec : <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette alarme	

A....., le.....
Signature :