

COMMENTAIRES FACULTATIFS :

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

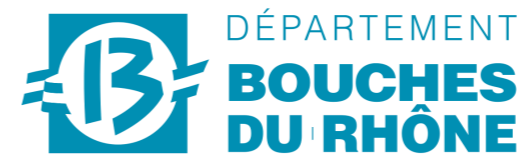
VALIDATION DU GIR PAR LE SERVICE MEDICAL DE LA DIRECTION

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

GIR

Cachet et signature

COMMENTAIRES EVENTUELS ne relevant pas du secret médical



DÉPARTEMENT
**BOUCHES
DU RHÔNE**



Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Age

InfoAPA B
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 CM 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"/>
ORIENTATION - se repérer dans le temps et dans les lieux	<input type="checkbox"/>
TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS - hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE (HAUT - MOYEN - BAS) - s'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION - se SERVIR et MANGER les aliments déjà préparés	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE ET FECALE - gestion de l'hygiène et de l'élimination	<input type="checkbox"/>
TRANSFERT - se lever, se coucher, s'asseoir, verticalisation	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR DU DOMICILE	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DU DOMICILE - sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE - téléphone, alarme, sonnette	<input type="checkbox"/>

PATHOLOGIE : diagnostic et date d'apparition	TRAITEMENT
	Du copie ordonnance

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

Au plan cognitif afin de renseigner au mieux les 2 items tenir compte entre autre de :

- 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	Habillage
Concernant la toilette et l'habillement, précisez :		
- autonomie dans la réalisation de l'acte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- besoin de stimulation, surveillance ou difficultés mineures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- aide partielle ou occasionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- aide totale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- aide apportée par	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alimentation : troubles fréquents de la déglutition.....	IDE <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/>	Famille <input type="radio"/>
	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
En cas d'incontinence :		
- gestion autonome (y compris des protections si besoin)	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- aide ponctuelle, occasionnelle ou nocturne uniquement	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- assistance totale par une tierce personne	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Transferts :		
- autonomes ou avec légères difficultés (appui)	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- difficultés importantes	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- aide ponctuelle ou assistance occasionnelle	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- aide totale et constante par une tierce personne	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Déplacements à l'intérieur du domicile :		
- autonomes (y compris avec une canne ou béquille)	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- avec déambulateur ou appui sur murs et mobiliers	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- marche impossible sans une tierce personne	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- risque de chutes important et/ou chutes fréquentes	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- fauteuil roulant manœuvré de façon autonome	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Capacité		
- de prendre un transport en commun seul	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
- de conduire son véhicule automobile	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>