



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CERTIFICAT MÉDICAL

A remettre au patient, sous pli cacheté

N° de Dossier :

Première demande

Partie à remplir par la personne demandeuse :

Demander :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

N° de Tel :

Nom du médecin traitant :

Domicile actuel :

Domicile

Accueil Familial

Logement-foyer

MARPA

Etablissement

Autres :

Ce certificat est nécessaire afin d'optimiser l'évaluation de votre degré de dépendance et d'élaborer le plan d'aide vous concernant. Il doit être envoyé sous pli confidentiel au médecin de l'équipe médico-sociale avec la mention secret médical.

Souhaitez-vous que votre médecin traitant soit contacté par le médecin de l'équipe médico-sociale ?

OUI

NON

Souhaitez-vous, dans la mesure du possible, que votre médecin soit présent lors de l'évaluation à domicile ?

OUI

NON

Souhaitez-vous que votre médecin reçoive une copie du plan d'aide ?

OUI

NON

Date :

Signature de la personne
ou de son représentant légal :

4. Déficiences de l'appareil locomoteur

- Paralysie : Localisation
- Amputation : Localisation
- Troubles sensitifs : Localisation
- Tremblements : Localisation
- Rigidité - Ankylose : Localisation
- Troubles de l'équilibre :
 - Station debout difficile ou impossible
 - Station assise difficile ou impossible
- Appareillage, aide technique :
-

5. Déficiences digestives

- Troubles de la mastication
- Troubles de la déglutition
- Sonde de gavage
- Stomie
- Incontinence fécale
- Autres

6. Déficiences urorénales

- Incontinence urinaire
- Rétention aiguë d'urine
- Insuffisance rénale avec dialyse
- Sonde urinaire à demeure
- Autres :

7. Etat général - métabolique

- Surcharge pondérale invalidante
- Dénutrition
- Escarres
- Ulcères
- Autres :

AIDES ACTUELLES

Paramédicales

- IDE
- SSIAD
- Kinésithérapeute
- Orthophonie

Aidants naturels

- Conjoint
- Enfants ou famille
- Voisinage

AUTONOMIE

- La personne peut-elle : Effectuer seule sa toilette ?.....
- S'habiller seule ?.....
- S'alimenter seule ?.....
- Se déplacer seule ?.....
- Se lever seule de son lit ou de son fauteuil ?.....
- Prendre seule son traitement ?.....

- La situation vous paraît :
- Simple
 - Complexe
 - Rapidement évolutive à court terme.

Autres éléments que vous souhaitez porter à notre connaissance :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature et Cachet