



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Révision

CERTIFICAT MÉDICAL

(envoyer sous pli confidentiel au médecin de l'équipe médico-sociale avec la mention secret médical)

Ce certificat est nécessaire afin d'optimiser l'évaluation de vos besoins. Il doit être rempli par votre médecin en cas de modification de votre état de santé, notamment sortie d'hospitalisation ou si le certificat antérieur date de plus de 1 an.

NOM :

Prénom : N° de Dossier :

Date de naissance :

PATHOLOGIES

Principales pathologies responsables de la dépendance ou importantes à connaître pour son évaluation :

- | | |
|-----------|--|
| 1. -..... | Evolutivité : <input type="checkbox"/> |
| 2. -..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. -..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. -..... | <input type="checkbox"/> |

Pour l'évolutivité coter : 1 = aiguë, 2 = chronique stable, 3 = chronique instable

Événements médicaux survenus depuis la dernière demande et que vous souhaitez porter à notre connaissance :

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

TRAITEMENT ACTUEL

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

OBSERVATIONS

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

AUTONOMIE

C – NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H).

A – AUCUN adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

B – Spontanément Totale Correctement Habituellement : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier : 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème et qui rend et rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème	C O D E
1.	Orientation	Dans le temps Dans l'espace	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Cohérence	Communication Comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Toilette	Haut Bas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	Habillage	Haut Moyen Bas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5.	Alimentation	Se Servir Manger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	Elimination	Urinaire Fécale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7.	Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date :

Signature et Cachet :