

Certificat médical

Confidentiel destiné au médecin du pôle médical

plier en 4

Pour respecter le secret médical, veuillez insérer ce certificat dans une enveloppe en indiquant "secret médical" ou l'agrafer après l'avoir plié en quatre en suivant les pointillés.

ÉTAT-CIVIL ET DÉCLARATION DU DEMANDEUR

(à remplir obligatoirement)

- Nom
- Prénom(s)
- Adresse
.....
- Code postal
- Commune

- Date de naissance
- Téléphone
- Situation familiale :
 - célibataire
 - marié(e)
 - divorcé(e)
 - veuf(ve)
 - vie maritale

ENVIRONNEMENT SOCIAL

- seul(e)
- en couple
- dans sa famille
- en famille d'accueil
- en établissement
- autres

préciser :

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

Votre patient a fait, auprès du Département de la Vienne, une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Pour me permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale.

• poids

• taille

PATHOLOGIES PRINCIPALES AYANT DES CONSÉQUENCES SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

(qui expliquent au mieux l'état de santé et de dépendance de votre patient)

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

Station debout pénible oui non Périmètre de marche (à pied à l'extérieur) limité oui non

agrafer

Certificat médical

DÉFICIENCES

Pour chaque déficience, en décrire la nature, si possible l'étiologie, le retentissement durable ou temporaire sur l'autonomie.

1 - DÉFICIENCES DU PSYCHISME, DU COMPORTEMENT

(syndromes démentiels, syndromes dépressifs, autres affections psychiatriques, déficits intellectuels...)

.....
.....
MMS s'il est connu score : date :
Votre patient présente-t-il des troubles du comportement ? fugues déambulation agitation agressivité
 autres :

2 - DÉFICIENCES OSTÉO-ARTICULAIRES

(préciser l'étiologie, les régions atteintes, les conséquences)

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

3 - DÉFICIENCES NEUROLOGIQUES

(préciser l'étiologie, les régions atteintes, les troubles du langage, les conséquences)

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

4 - DÉFICIENCES UROGÉNITALES ET DIGESTIVES

Votre patient est-il incontinent ? urinaire fécal
Votre patient est-il porteur d'une sonde urinaire ? oui non
ou d'une autre dérivation urinaire ? oui non
 d'une gastrostomie d'une iléostomie d'une colostomie
.....
.....

5 - DÉFICIENCES SENSORIELLES

TROUBLES DE LA VUE oui non
Si oui : - nature de l'affection et étiologie :
- la déficience est-elle corrigée ? : comment ?
- la déficience est-elle améliorable ? :

TROUBLES DE L'AUDITION oui non
Si oui : - nature de l'affection et étiologie :
- votre patient est-il appareillé ? oui non
- votre patient est-il appareillable ? oui non

6 - DÉFICIENCES CUTANÉES

Votre patient est-il porteur ? d'ulcères d'escarres autres :
.....
.....

7 - DÉFICIENCES CARDIO-VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES

Préciser les signes cliniques d'insuffisance cardiaque, vasculaire et/ou respiratoire et leurs retentissements sur l'activité de votre patient.

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

Préciser si : Trachéotomie : oui non

Oxygénothérapie : oui non Durée quotidienne :

8 - AUTRES DÉFICIENCES ENDOCRINIENNES, DU SYSTÈME IMMUNITAIRE, HÉMATOPOÏÉTIQUES

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

TRAITEMENT ACTUEL

(préciser le nom des spécialités)

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

AIDES ACTUELLES

(cocher les cases correspondantes)

Votre patient bénéficie-t-il d'une prise en charge médicale ou paramédicale ?

Service de soins infirmiers à domicile
soins de nursing oui non soins techniques oui non

Actes infirmiers libéraux
soins de nursing oui non soins techniques oui non

Actes de masso-kinésithérapie libéraux

Suivi psychiatrique

Hôpital de jour gériatrique

Hôpital à domicile

Votre patient bénéficie-t-il d'autres aides humaines ?

.....
.....

Votre patient bénéficie-t-il d'aides techniques ?

cannes déambulateur fauteuil roulant prothèse(s) de membre inférieur autres (préciser)

.....
.....

Évaluation de l'autonomie

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèses...)

ACTIVITÉ	A, B OU C
TRANSFERT :	
se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR :	
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation)	
TOILETTE : assurer son hygiène corporelle	
HAUT > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs	
BAS > régions intimes, membres inférieurs, pieds	
ELIMINATION : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination	
URINAIRE > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
FÉCALE > assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
HAUT > vêtements passés par les bras et/ou la tête	
MOYEN > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture, bretelles, fermeture éclair, pression	
BAS > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures	
ALIMENTATION :	
SE SERVIR > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule...	
MANGER > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route	
ALERTER :	
utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR :	
se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue	
ORIENTATION :	
orientation dans le temps	
orientation dans l'espace	
COHÉRENCE : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée	
communication	
comportement	

GUIDE DE REMPLISSAGE

Coder A

s'il fait seul :
**spontanément
et totalement
et correctement
et habituellement**

Coder B

s'il ne fait pas :
**spontanément
et/ou totalement
et/ou correctement
et/ou habituellement**

Coder C

s'il ne fait pas :
**s'il faut faire à sa place
ou faire faire
ou tout refaire**

.....
spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler

totalement : toute l'activité

correctement : à bon escient et de façon adaptée aux possibilités

habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

VOS PRÉCONISATIONS EN MATIÈRE D'AIDES COMPLÉMENTAIRES À METTRE EN PLACE

.....
.....

**CACHET
INDISPENSABLE**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine
Demeurant à
Certifie avoir examiné sur sa demande : M., M^{me}
Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.
Le / /..... Signature :