



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ÉTABLISSEMENT

CERTIFICAT MÉDICAL

A remettre au patient, sous pli cacheté

N° de Dossier :

Première demande Révision

Partie à remplir par la personne demandeuse :

Demandeur :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

N° de Tel :

Nom du médecin traitant :

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