



**DIRECTION GENERALE ADJOINTE DES SOLIDARITES
DIRECTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA MDPH**

MISSION ACCUEIL FAMILIAL

34 avenue du Maréchal Maunoury - 41000 BLOIS
LIVRE IV – TITRE IV du Code de l'Action Sociale et des Familles

CERTIFICAT MEDICAL

*destiné à l'évaluation de la dépendance et des besoins d'aide
à la vie quotidienne des personnes concernées*

(A retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil dans l'enveloppe jointe)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

PRINCIPALES PATHOLOGIES ET HANDICAPS :

.....

.....

I – ETAT DE SANTE ACTUEL ET AUTONOMIE

Altération de l'état général OUI NON

Trouble de la mémoire OUI NON

Trouble de l'orientation temporo-spatiale OUI NON

Trouble du langage OUI NON

Trouble du comportement OUI NON

Risque de fugue OUI NON

Conduites addictives OUI NON

si oui, à quelle substance :

Surcharge pondérale invalidante OUI NON

Régime alimentaire :

.....

.....

Risque de fausse route OUI NON

Élimination :

Incontinence urinaire OUI NON

Incontinence fécale OUI NON

Protection OUI NON

si oui, gérée par la personne elle-même
 non gérée par la personne elle-même

Sonde urinaire à demeure OUI NON

Déficience sensorielle :

auditive OUI NON

de quelle intensité :

appareillée OUI NON

visuelle OUI NON

de quelle intensité :

appareillée OUI NON

Effectue ses transferts seule :

coucher/debout OUI NON

assis/debout OUI NON

Déplacements :

La personne peut-elle se déplacer seule OUI NON

Station debout difficile ou impossible OUI NON

Trouble de l'équilibre OUI NON

Utilise-t-elle des aides techniques OUI NON

Si oui, lesquels :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> déambulateur | <input type="checkbox"/> lit médicalisé |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> canne simple |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> canne béquille |

autre, à préciser :

II – TRAITEMENT ACTUEL

.....
.....

Nécessité de soins infirmiers OUI NON

si oui, lesquels :

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin spécialiste :

Affection de longue durée OUI NON

si oui, laquelle :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle :

Cachet

Fait le :
Signature

Nom :

Prénom :

AGGIR

| | | NE FAIT PAS | S | T | C | H |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Transferts | | <input type="checkbox"/> |
| 2- Déplacements intérieurs | | <input type="checkbox"/> |
| 3- Toilette | haut | <input type="checkbox"/> |
| | bas | <input type="checkbox"/> |
| 4- Elimination | urinaire | <input type="checkbox"/> |
| | fécale | <input type="checkbox"/> |
| 5- Habillage | haut | <input type="checkbox"/> |
| | moyen | <input type="checkbox"/> |
| | bas | <input type="checkbox"/> |
| 6- Cuisine | | <input type="checkbox"/> |
| 7- Alimentation | se servir | <input type="checkbox"/> |
| | manger | <input type="checkbox"/> |
| 8- Suivi du traitement | | <input type="checkbox"/> |
| 9- Ménage | | <input type="checkbox"/> |
| 10- Alerter | | <input type="checkbox"/> |
| 11- Déplacements extérieurs | | <input type="checkbox"/> |
| 12- Transports | | <input type="checkbox"/> |
| 13- Activités temps libre | | <input type="checkbox"/> |
| 14- Achats | | <input type="checkbox"/> |
| 15- Gestion | | <input type="checkbox"/> |
| 16- Orientation | dans le temps | <input type="checkbox"/> |
| | dans l'espace | <input type="checkbox"/> |
| 17- Cohérence communication | | <input type="checkbox"/> |
| | comportement | <input type="checkbox"/> |

NE FAIT PAS :
Ne fait jamais,
même partiellement
et même difficilement,
il faut faire à la place
ou faire faire
ou TOUT REFAIRE

Si la personne fait
même difficilement
cochez les cases S T C H
quand les conditions
pour l'adverbe NE SONT
PAS REMPLIES

➔ S- Spontanément
T- Totalelement
C- Correctement
H- Habituellement