



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CERTIFICAT MÉDICAL

- Demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile
 Demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (*joindre la grille AGGIR au dossier médical*)
 Demande de CMI mention invalidité/priorité mention stationnement

IDENTITÉ ET COORDONNÉES

NOM Prénom Date de naissance

Adresse

..... Téléphone

Si besoin, personne à contacter

..... Téléphone

Cher Confrère,

Ce certificat est destiné à l'évaluation de la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Le certificat médical est destiné au Médecin des Actions Médico-Sociales et peut être transmis à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH pour la demande de CMI. L'équipe médico-sociale prendra éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Si vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient, lors des précédentes demandes concernant l'APA ou la MDPH, et qu'il n'y a pas de modification significative de l'état de santé, de l'état fonctionnel ou de la prise en charge de cette personne, depuis le dernier certificat médical que vous avez établi, vous pouvez remplir le « **certificat médical simplifié** » ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du il n'y a pas de changement dans la situation de M.

À le Cachet

Signature du médecin

À joindre à ce document :

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations, en lien avec la perte d'autonomie ou le handicap ont été réalisés, vous pouvez joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs.

PATHOLOGIE PRINCIPALE À L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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

ÉTAT GÉNÉRAL DESCRIPTION CLINIQUE

Poids kg Taille IMC
 Dénutrition Amaigrissement kg en mois

ÉTAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

Pathologies : (préciser la sévérité, la prise en charge, ...)

Troubles neuro-cognitifs et/ou psycho-comportementaux

MMS ou autres évaluations :

OUI	NON
<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"/>

Troubles de la mémoire
Désorientation temporelle et spatiale
Troubles du langage
Troubles praxiques
Troubles du comportement alimentaire

OUI	NON
<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"/>

Troubles du sommeil
Agitation/Agressivité/Fugue
Apathie, dépression
Délire, hallucination
Autres symptômes psychiatriques

FONCTION LOCOMOTRICE

Pathologies (*rhumatologie, neurologie...*) (préciser la sévérité, la prise en charge)

Déficience fonctionnelle (*si oui, préciser*) :

Main dominante avant le handicap : droite gauche

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Membre supérieur droit dont préhension de la main :
Membre supérieur gauche dont préhension de la main :
Membre inférieur droit :
Membre inférieur gauche :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la marche :
Troubles de l'équilibre, chutes :
Tremblements :
Épilepsie :
Autres troubles :

Périmètre de marche (*en m ou km*) ou durée de marche possible sans pause (*en mn*)

AIDE AUX DÉPLACEMENTS ET AUX TRANSFERTS

- Canne : en intérieur en extérieur Fauteuil roulant manuel : en intérieur en extérieur
 Déambulateur : en intérieur en extérieur Fauteuil roulant électrique : en intérieur en extérieur
 Orthèse, prothèse amovible (*préciser...*) Aide humaine : en intérieur en extérieur
 Verticalisateur, lève malade

ÉTAT SENSORIEL

Pathologies auditive et/ou ophtalmologique (*diagnostics*) :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déficience sévère de la vision (*si retentissement significatif, possibilité de joindre un compte rendu ophtalmologique précisant l'acuité visuelle après correction de l'œil droit et de l'œil gauche*)

Déficience sévère de l'audition (*si retentissement significatif, possibilité de joindre un audiogramme*).

Appareillage prothèse auditive : droite gauche autres :

Aide technique visuelle (*préciser*) :

ÉTAT CARDIO-RESPIRATOIRE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dyspnée (si oui, stade) :

Oxygénothérapie : jour nuit (*modalités à préciser*) :

lors des déplacements à l'extérieur : occasionnel systématique

Autres signes significatifs :

FONCTION DIGESTIVE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<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"/>

Troubles mastication/déglutition / fausses routes (*si oui, préciser*) :

Troubles du transit (*si oui, préciser*) :

Incontinence anale :

Stomie digestive d'élimination (*iléo ou colostomie*) :

Stomie digestive d'alimentation (*gastro ou jéjunostomie*) :

Autres :

FONCTION URINAIRE

Pathologies (*préciser la sévérité, la prise en charge*)

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pollakiurie :

Incontinence nocturne :

Incontinence diurne :

Sonde urinaire :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stomie :

Dialyse :

Autres (*préciser*) :

AUTRES

Autres pathologies :

- Diabète
- Dysthyroïdie
- Insuffisance rénale
- Oncologie

Pathologies cutanées :

- Escarres
- Ulcères
- Autre

AIDES ET SOINS EXISTANTS

- IDE Périodicité et type de soins :
- Kinésithérapeute Périodicité :
- Aide ménagère Périodicité :
- Autres Périodicité :

ÉTAT FONCTIONNEL GLOBAL

- Aides pour les actes ménagers uniquement
- Aides pour certains actes essentiels de la vie quotidienne : (1 – réalisé sans difficulté, 2 – réalisé avec difficultés sans aides humaines, 3 – réalisé avec aides humaines, 4 – non réalisé)

- | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Déplacements intérieurs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Déplacements extérieurs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Élimination | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Gestion des risques | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

- Prise du traitement médical 1 2 3 4
- Besoin de surveillance
- risque particulier (à préciser)

TRAITEMENT ACTUEL (nature, durée, contraintes, effets secondaires impactant la vie quotidienne)

PRISE EN CHARGE (hospitalisations itératives ou programmées, consultations médicales régulières spécialisées, autres, ...)

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Date Téléphone

Cachet et signature