



Cher confrère,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Le Médecin des Actions Médico-Sociales

## ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse : .....

..... Téléphone .....

Si besoin, personne à contacter .....

..... Téléphone .....

### ÉTAT GÉNÉRAL

Poids ..... kg Taille ..... Amaigrissement ..... kg en ..... mois

### ÉTAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

#### Pathologies\*

- Démence (Alzheimer ou vasculaire) .....  Dépression .....
- Psychose maniaco-dépressive .....  Schizophrénie .....
- Névrose .....  Alcoolisme .....

Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désorientation temporo-spatiale .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles praxiques .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation / Agressivité / Fugue .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État dépressif .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres symptômes psychiatriques .....

\* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

## FONCTION LOCOMOTRICE

### Pathologies\*

- AVC .....  Arthrose .....
- Rhumatisme inflammatoire .....  Fracture du col du fémur récente .....
- Fracture vertébrale récente .....  Amputation .....
- Autres .....

OUI	NON	Déficience fonctionnelle	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre supérieur droit .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre supérieur gauche .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre inférieur droit .....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Membre inférieur gauche .....	.....

## AIDE AUX DEPLACEMENTS

- Canne .....  Fauteuil roulant .....
- Déambulateur .....  Tierce personne .....

## ÉTAT NEUROLOGIQUE

### Pathologies\*

- AVC .....  Maladie dégénérative .....
- Parkinson .....  Epilepsie .....
- Hydrocéphalie .....  Tumeur bénigne .....
- Néoplasie .....
- Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphasie .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'équilibre, chutes .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblements .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles moteurs sensitifs .....

## ÉTAT SENSORIEL

### Pathologies\*

- Glaucome .....  Cataracte .....
- Dégénérescence maculaire .....
- Autres .....

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficience sévère de la vision .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficience sévère de l'audition .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareillage .....

\* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

## ÉTAT CARDIO-RESPIRATOIRE

### Pathologies\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA .....                  | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque .....                |
| <input type="checkbox"/> Ischémie myocardique ..... | <input type="checkbox"/> Valvulopathie .....                         |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie .....        | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme et de la conduction ..... |
| <input type="checkbox"/> Pathologie veineuse .....  | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique .....                   |
| <input type="checkbox"/> Emphysème .....            | <input type="checkbox"/> Asthme .....                                |
| Autres .....  |  |

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

### COMMENTAIRES

- |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dyspnée .....             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angor .....               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oxygénothérapie .....     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Périmètre de marche ..... |

## FONCTION DIGESTIVE

### Pathologies\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colopathie .....           | <input type="checkbox"/> Ethylisme .....          |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose .....             | <input type="checkbox"/> Hépatite chronique ..... |
| <input type="checkbox"/> Pathologie gastrique ..... | <input type="checkbox"/> Néoplasie .....          |
| Autres .....  |   |

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

### COMMENTAIRES

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles mastication/déglutition ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du transit .....              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence anale .....               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomie .....                           |

## FONCTION URO GÉNITALE

### Pathologies\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatique .....   | <input type="checkbox"/> Périnéale ..... |
| <input type="checkbox"/> Gynécologique ..... |  |
| Autres .....                                 |  |

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

### COMMENTAIRES

- |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pollakiurie .....           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence nocturne ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence diurne .....   |

## AUTRES\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dénutrition .....         | <b>Pathologies cutanées</b>             |
| <input type="checkbox"/> Déshydratation .....      | <input type="checkbox"/> Escarres ..... |
| <b>Autres pathologies</b> .....                    | <input type="checkbox"/> Ulcères .....  |
| <input type="checkbox"/> Diabète .....             | <input type="checkbox"/> Tumeurs .....  |
| <input type="checkbox"/> Obésité .....             | .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie .....        | .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale ..... | .....                                   |

## ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Aide pour les actes ménagers UNIQUEMENT
- Aide pour CERTAINS actes essentiels de la vie quotidienne. Lesquels ?\*
- |                                      |                                     |                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette    | <input type="checkbox"/> Habillage  | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Elimination | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> Déplacements |
- Dément déambulant
- Confiné au lit ou au fauteuil

## AIDES EXISTANTES

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> IDE              | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère    | Périodicité ..... |
| <input type="checkbox"/> Autres           | Périodicité ..... |

## TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## OBERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement : dans ce cas joindre la grille AGGIR au dossier médical.

Date ..... Téléphone .....

Cachet et signature