

**Mon cher confrère,**

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Département de l'Aude.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical qui est à joindre à sa demande.

L'évaluation médicale sera réalisée par un médecin de l'équipe médicosociale, astreint au secret médical et qui participe à l'élaboration du plan d'aide personnalisé.

*Le Médecin coordonnateur*

## **CERTIFICAT MEDICAL**

### **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

**Nom d'Usage :** ..... **Nom de Famille :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Principaux antécédents médico-chirurgicaux :**

**Principales Affections** en cours présentées par le patient :

**Histoire de la (des) pathologie(s) ou évolution depuis la dernière demande.**

**Date de début des troubles** – Origines, circonstance d'apparition – facteur de gravité, évolutivité...

Compte(s) rendu(s) joint(s) (*précisez*)

**Description clinique actuelle**, précisez le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur...

Poids ..... Taille ..... Latéralité dominante avant handicap .....  Compte(s) rendu(s) joint(s) (*précisez*)

**Perspective d'évolution**

Stabilité       Aggravation       Incapacité fluctuante (*précisez, si nécessaire, la fréquence des poussées*)  
 Risque vital       Amélioration (*précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles*)       non définie

**Traitement** actuel :

Médicamenteux

Soins infirmiers ou par un SSIAD (type et fréquence d'intervention)

## AUTONOMIE :

Mettre une croix selon l'importance de la difficulté de votre patient à exécuter les actes suivants :

A : sans difficulté      B : difficilement ou avec aide technique  
C : aide humaine partielle      D : aide humaine totale

	A	B	C	D
<input type="checkbox"/> Se lève (d'un siège, du lit), se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se déplace (avec une canne, un déambulateur)				
Intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Va au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fait sa toilette (haut et bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S'habille, se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se sert et mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se repère dans le temps et dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comportement logique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Estimation** du périmètre de marche :

**Besoin d'accompagnement** pour les déplacements extérieurs

non       oui (*précisez*)

Quelle vous paraît être la réponse la plus adaptée au degré de dépendance présenté par votre patient (surveillance permanente ou intermittente, aide à domicile, soutien familial...)?



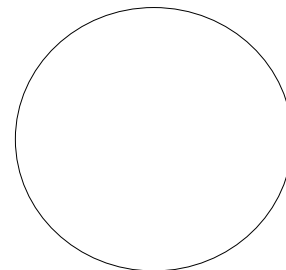
**OBSERVATIONS** (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Le patient souhaite-t-il que les conclusions soient envoyées à son médecin traitant à l'issue de la commission sociale ?

OUI  NON



Cachet Signature  
(Indispensables)

Date : .....

N° de téléphone du médecin traitant :  
.....