

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...)?



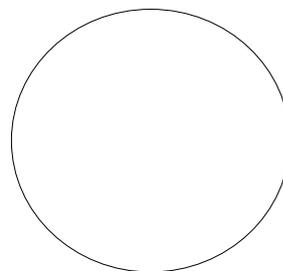
OBSERVATIONS (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

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 :
.....