

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CONTRÔLE MÉDICAL

CERTIFICAT MÉDICAL

A joindre sous enveloppe **cachetée** au dossier
Administratif d'A. P. A.
N° de dossier :

destiné au
MEDECIN COORDONNATEUR
du Service du Contrôle Médical
de l'Aide Sociale Générale
Tél. : 02 97 54 78 66

ETAT CIVIL

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOMS : DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
COMMUNE : TÉL :

Le demandeur vit - seul - avec son conjoint - en famille
- en établissement

REMIS en main propre à M. ou Mme
pour valoir ce que de droit.

DATE

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

PRESENTATION GENERALE

valide

semi-valide

grabataire

DESCRIPTION DE LA/OU DES DEFICIENCES

DEFICIENCES CARDIO VASCULAIRES :

DEFICIENCES RESPIRATOIRES :

DEFICIENCES NEUROLOGIQUES :

DEFICIENCES SPHINCTERIENNES :

(si incontinence urinaire et/ou fécale)

préciser : totale ou partielle

nocturne et/ou diurne

DEFICIENCES LOCOMOTRICES :

➤ Membres supérieurs et/ou membres inférieurs :

Préciser :

➤ Conséquences sur l'autonomie :

DEFICIENCES MENTALES :

(Débilité, démence ou autre altération mentale pouvant avoir des conséquences sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie) :

Préciser :

➤ Déficience légère ou débutante, non gênante pour les actes ordinaires de la vie courante :

➤ Déficience grave, altérant ou empêchant les actes ordinaires de la vie / ou perturbant la vie de l'entourage :

DEFICIENCES VISUELLES :

➤ Pathologie :

➤ Possibilités d'amélioration :

OUI

NON

AUTRES DEFICIENCES :

PATHOLOGIES ENTRAINANT UNE DEPENDANCE A AUTRUI

LOCOMOTRICES SENSORIELLES

CARDIO-VASCULAIRES RESPIRATOIRES

NEURO-PSYCHIATRIQUES préciser :

- trouble de mémoire - désorientation temporo-spatiale - trouble du caractère

- trouble du comportement

- agitation - nocturne - diurne - apathie - délire - hallucinations

- incontinence urinaire (nocturne diurne) anale (nocturne diurne)

entraînant une surveillance : légère modérée majeure récente ancienne

avez-vous sollicité un AVIS auprès d'un : gériatre neurologue psychiatre

un changement récent de l'environnement est-il intervenu ? affectif social transfert domicile

une chute récente ?

dans les 6 derniers mois

une pathologie récente ?

de moins de 12 mois

une hospitalisation récente ?

de moins de 6 mois

un traitement nouveau ou modifié

TRAITEMENT EN COURS

.....

.....

.....

.....

GRILLE AGGIR = DEPENDANCE

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement, spontanément

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement, non spontanément

C : ne fait pas

COHERENCE <i>converser et / ou se comporter de façon sensée</i>		
ORIENTATION <i>se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux</i>		
TOILETTE <i>concerne l'hygiène corporelle</i>	toilette haut	
	toilette bas	
HABILLAGE <i>déshabillage, se présenter</i>	haut	
	moyen	
	bas	
ALIMENTATION <i>manger les aliments préparés</i>	se servir	
	manger	
ELIMINATION <i>assumer l'hygiène de l'élimination</i>	urinaire	
	anale	
TRANSFERT <i>se lever, se coucher, s'asseoir</i>		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR <i>avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</i>		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR <i>à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</i>		
COMMUNICATION A DISTANCE <i>utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, pour alerter</i>		

AIDES HUMAINES

L'intervention d'une infirmière pour les soins d'hygiène est-elle nécessaire ?

L'intervention d'une aide à domicile est-elle nécessaire ? nombre d'heures

Autres interventions indispensables ?

.....

A.....le.....

Signature du Médecin et cachet