

CERTIFICAT MEDICAL



ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

Septembre 2017

A l'attention du Médecin traitant ;

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleures conditions, veuillez avoir l'obligeance de compléter la demande ci-après, et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 378 du Code Pénal).

D'autre part, votre patient souhaite faire une demande de :

- CMI mention *invalidité*
- CMI mention *stationnement*
- CMI mention *priorité*

En vous remerciant par avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, Cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin de l'Equipe Médico-Sociale.

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

.....

.....

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Je soussigné (e) Docteur
exerçant
déclare avoir examiné

et avoir fait les constatations suivantes :

PRINCIPALES CAUSES DE DEPENDANCE MOTIVANT LA DEMANDE

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

CAPACITE DE DEPLACEMENT – MOBILITE

- Station debout pénible : oui non
si limitation, chiffrez la durée :
- Périmètre de marche :
si limitation, chiffrez en mètres :
- Montée-descente d'escalier : oui non
si limitation, donnez le nombre d'étage :
- Oxygénothérapie : oui non
si oui, chiffrez le débit et la durée :

- Déplacements : possible seul impossible seul
- Nécessité d'accompagnement pour trajets simples : complexes :
- Utilisation de transports en commun : possible seul impossible seul
 possible accompagné impossible accompagné

- Conduite automobile : possible impossible
- Sur véhicule : classique aménagé

CAPACITE DE PREHENSION

- Difficulté de préhension main dominante oui non
- Difficulté de préhension main non dominante oui non
- Difficulté de motricité fine oui non

DEPENDANCE

- TEMPORAIRE (durée estimée) :
- ou
- DEFINITIVE

EVOLUTIVITE

- Pathologie aiguë ou poussée évolutive d'une maladie chronique
- Pathologie chronique
- Phase terminale d'une affection

- La personne est-elle en immobilité permanente ? : Oui non

- Une surveillance constante doit-elle être exercée ? :

INTERVENANTS ACTUELS

- Infirmiers ou service de soins à domicile
- Kinésithérapeute
- Aide ménagère
- Autres :

APPAREILLAGES

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
- Fauteuil roulant manuel électrique
- canne déambulateur
- Orthèse, prothèse (*préciser*)
- Sonde urinaire Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (*préciser*) O₂
- Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Préciser : Type, adaptation, circonstance d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser,...

TRAITEMENTS - PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES

Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires,

compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charge paramédicales régulières
- Autre (*préciser*)

Nature :

Fréquence :

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants : en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives, etc....).

Nom :
Date de naissance :/...../.....

Prénom :

EVALUATION DES ACTIVITES REALISEES PAR LA PERSONNE SEULE

	Ne fait pas du tout	Ne fait pas				Fait
		S	T	C	H	
Transferts	<input type="checkbox"/>					
Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>					
Toilette du haut	<input type="checkbox"/>					
Toilette du bas	<input type="checkbox"/>					
Elimination urinaire	<input type="checkbox"/>					
Elimination fécale	<input type="checkbox"/>					
Habillage du haut	<input type="checkbox"/>					
Habillage moyen	<input type="checkbox"/>					
Habillage du bas	<input type="checkbox"/>					
Alimentation : se servir	<input type="checkbox"/>					
Alimentation : manger	<input type="checkbox"/>					
Alerter	<input type="checkbox"/>					
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>					
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>					
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
Cohérence : communication	<input type="checkbox"/>					
Cohérence : comportement	<input type="checkbox"/>					

- Ne fait pas du tout : il faut faire à la place ; ou « faire faire », ou tout refaire.
- S-T-C-H : les cases sont cochées quand la personne ne fait pas : S – Spontanément, T – Totalemment, C – Correctement, H – Habituellement.
- Fait : la case est cochée quand la personne fait spontanément, totalement, correctement et habituellement.

A
Le

Signature et cachet du médecin :