

**DEMANDE D'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

CERTIFICAT MEDICAL

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Ce certificat médical vous est présenté par votre patient(e), à l'appui d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et ses décrets, cette prestation en nature a essentiellement pour but de permettre la rémunération des tierces personnes salariées, après que l'équipe médico-sociale ait évalué le niveau de dépendance du demandeur à l'aide de la grille AGGIR, et étudié avec lui à son lieu de résidence les aides nécessaires pour favoriser son autonomie.

Les indications portées sur votre certificat permettront à votre médecin territorial référent d'évaluer son niveau de dépendance (grille AGGIR).

Je vous serais très obligé de bien vouloir remettre ce document à votre patient(e), qui le joindra, à son dossier de demande.

Vous remerciant de votre contribution, je vous prie de croire, Chère Consoeur, Cher Confrère, en mes sentiments les meilleurs.

**Le Médecin Territorial Référent
de l'Équipe Médico-Sociale,**

Document à joindre à la demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, sous pli cacheté, indiquant le nom et le prénom du bénéficiaire et destiné au médecin territorial référent APA.

3) Toilette

Le patient fait seul sa toilette :

- spontanément
- sur incitation
- totalement
- partiellement
- quotidiennement

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

4) Habillage - déshabillage

• Le patient le fait :

- correctement
- spontanément
- sur incitation
- totalement
- partiellement
- en fonction du temps

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

• Change ses vêtements spontanément

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

5) Élimination

Le patient contrôle ses sphincters :

- vésical
- anal

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

Si non, le patient gère seul ses protections

- totalement
- partiellement

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

6) Alimentation

- Le patient :
- se sert seul
 - se verse à boire
 - coupe ses aliments
 - ouvre les bouteilles
 - pèle ses fruits
 - enlève les capsules des yaourts

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

Le patient s'alimente seul

- spontanément
- sur incitation

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

7) Transferts

- Le patient :
- sort de son lit seul
 - se couche seul
 - s'assied sur une chaise
 - se relève d'une chaise

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

- Le patient les fait :
- spontanément
 - sur incitation

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

8) Déplacements intérieurs

Le patient se déplace dans son logement :

- seul OUI NON
- avec une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil) OUI NON
- Si oui, laquelle ?

- correctement OUI NON
- sans but OUI NON

Le patient fait des chutes OUI NON

Si oui, préciser la fréquence

9) Déplacements extérieurs

Le patient se déplace :

- seul OUI NON
- correctement OUI NON
- avec aide technique OUI NON
- Si oui laquelle ?

avec aide humaine OUI NON

Le patient sort régulièrement OUI NON

occasionnellement OUI NON

10) Moyen de communication

Le patient alerte en cas de besoin OUI NON

Si oui, - par téléphone OUI NON

- numéros pré-enregistrés OUI NON

- en criant OUI NON

- en utilisant la télé-assistance OUI NON

Le patient vit seul OUI NON

OBSERVATIONS

Date :

Signature du médecin et cachet