

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE APA DOMICILE

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

destiné au médecin territorial

État civil du demandeur

Nom de naissance : Prénoms :

Nom marital : Date de naissance :

Adresse :
.....

Médecin traitant :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Diagnostic principal motivant la demande :

Antécédents déterminants dans le cadre de la dépendance :

Traitements en cours :

Déficiences :

1. Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement (troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance et/ou déficiences du langage et de la parole, dysarthrie, aphasie...

2. Déficiences motrices de l'appareil locomoteur

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés, préciser l'appareillage.

3. Déficiences sensorielles

- | | | | | |
|---------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ● Audition (appareillage) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| ● Vision | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

4. Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

5. Déficiences de la fonction digestive (troubles de la déglutition, type d'alimentation, incontinence fécale)

6. Déficiences de la fonction urinaire, troubles de l'élimination (rétention), incontinence diurne et/ou nocturne (sonde) :

7. Priorités à mettre en œuvre pour aider la personne à son domicile

GRILLE AUTONOMIE AGGIR

A = fait seul(e) spontanément, correctement, totalement

B = fait seul(e), mais après stimulation, ou mal, ou partiellement, ou à mauvais escient

C = ne fait pas, ou il faut faire à la place, ou il faut faire faire

	A - B ou C
1. COHÉRENCE converser et/ou se comporter de façon sensée	
2. ORIENTATION se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	
3. TOILETTE HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage)	
BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)	
4. HABILLAGE - DESHABILLAGE – PRÉSENTATION HAUT (vêtements passés par les bras et/ou la tête)	
MOYEN (fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions)	
BAS (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures)	
5. ALIMENTATION SE SERVIR (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre ...)	
MANGER (manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler)	
6. ÉLIMINATION URINAIRE (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire)	
ANALE (assumer l'hygiène de l'élimination fécale)	
7. TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens	
8. DÉPLACEMENT A L'INTÉRIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9. DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR A partir de la porte d'entrée	
10. COMMUNICATION À DISTANCE Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

Nb. - **Cotation indispensable** pour déterminer le groupe ISO-RESSOURCE de la personne.

Je soussigné(e) , docteur en médecine, certifie avoir examiné

M., Mme, Mlle.....

Le

Signature et cachet