

## CERTIFICAT MÉDICAL

d'appui à une demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Sous enveloppe fermée, confidentielle, à l'attention du médecin du Pôle Autonomie Territorial (PAT)

- Noter sur l'enveloppe les nom, prénom et commune du domicile de votre patient -

NOM : Prénom : Date de naissance / / H F  
TAILLE : POIDS : Commune de résidence :

MEDECIN TRAITANT :

MEDECINS SPECIALISTES :

### PATHOLOGIES PRINCIPALES

### ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux significatifs

Votre patient présente-t-il une addiction pouvant avoir un impact sur sa prise en charge ?  NON  OUI

Si oui, précisez :  ALCOOL  TABAC  Autre :

HOSPITALISATION RECENTE NON  OUI

- Date :
- Lieu :
- Motif :

- Date :
- Lieu :
- Motif :

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE UNE ORDONNANCE (nom, posologie, voie d'administration)

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour préparer ou prendre ses médicaments ?  NON  OUI

Votre patient est-il pris en charge actuellement ?  NON  OUI Précisez ci-dessous :

- REEDUCATION  NON  OUI Si oui, Kinésithérapie  Orthophonie  Autre (précisez) :
- SOINS INFIRMIERS  NON  OUI Si oui, précisez :

Les aides nécessaires seront évaluées lors de la visite à domicile (téléalarme, portage de repas, aide ménagère....) cependant, à votre avis, l'état de santé de votre patient nécessite-t-il une aide dans les domaines suivants ?

- TOILETTE NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- HABILLAGE NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- ALIMENTATION NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Risque de fausse route  Ne sait pas
- HYGIENE DE L' ELIMINATION NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas   
Si besoin d'aide :  Jour  Nuit  Incontinence urinaire  Sonde  Incontinence anale  Stomie

## DESCRIPTION DES DEFICIENCES

### ❶ DEFICIENCES MOTRICES NON (passez au ❷) OUI Précisez ci-dessous :

(1) La localisation :  Membre(s) supérieur(s)  Membre(s) inférieur(s) Autre (préciser) :

(2) Le retentissement sur les déplacements : (NB. Retentissement sur toilette, alimentation... déjà demandés page 1)

- Risque de chute  peu important  important
- Assure seul ses transferts  OUI  Jamais seul  En partie
- Se déplace dans son lieu de vie  OUI  Jamais seul  En partie
- Se déplace à l'extérieur :  Seul  Parfois accompagné  
 Toujours accompagné  Ne sort pas
- Périmètre de marche : .....

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ❷ DEFICIENCES DES FONCTIONS SUPERIEURES

**Votre patient présente-t-il des troubles cognitifs ?**

NON (passez au ❸)

OUI Précisez ci-dessous :

- **Déficience intellectuelle**  NON  OUI
  - **Troubles de la mémoire**  peu importants  importants
  - **Désorientation gênante**  NON  OUI
- Si oui, dans le temps  dans l'espace

▪ **Autre :**

Exploration / Consultation mémoire :  NON  OUI  en cours  
(Précisez) :

**Si troubles cognitifs, prise en charge :**

en Accueil de jour  par une Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)

### ❸ TROUBLES DU COMPORTEMENT

**Votre patient présente-t-il des troubles du comportement pouvant avoir un impact sur la prise en charge ?**

NON, comportement adapté (passez au ❹)

OUI, prévisibles Précisez ci-dessous :

Troubles du comportement :	Non	Oui mineurs	Oui majeurs
<b>Agitation, agressivité, opposition</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etat anxio-dépressif</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etat apathique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Désinhibition</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autre* :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*ex : cris, fugue, pathologie psychiatrique...*

### ❹ DEFICIENCES SENSORIELLES et LANGAGE (impact sur la vie quotidienne)

- Troubles de la vision  NON  OUI **Si oui, impact :**  NON  peu important  important :
- Troubles de l'audition  NON  OUI **Si oui, impact :**  NON  peu important  important :
- Troubles du langage  NON  OUI **Si oui, impact :**  NON  peu important  important :

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, SURVEILLANCE A PREVOIR...)

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Souhaitez-vous être présent lors de la visite à domicile ?**  NON  OUI

**Souhaitez-vous que le médecin de la coordination vous contacte ?**  NON  OUI

Date / /

Signature

Cachet du Médecin