



LE DÉPARTEMENT

D É L É G A T I O N G É N É R A L E A U X S O L I D A R I T É S

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

ALLOCATION PERSONNALISEE d'AUTONOMIE

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : N° Dossier :

CERTIFICAT MEDICAL

à transmettre sous pli cacheté

La mise place de l'allocation personnalisée à l'autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans nécessite une évaluation du degré de perte d'autonomie, et l'élaboration du plan d'aide (loi n° 2001/647 du 20 juillet 2001, décret d'application n° 2001-1084 du 20 novembre 2001).

A ce titre, votre collaboration étant souhaitable, vous voudrez bien remettre à votre patient, sous pli confidentiel ce certificat médical.

Il sera remis au médecin de l'équipe médico-sociale chargé de l'évaluation.

Nous vous en remercions.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

N° Tel :

IDENTIFICATION du MEDECIN HABITUEL

Nom :

Adresse :

N° Tel :

PATHOLOGIES SUSCEPTIBLES d'INFLUER SUR LA DEPENDANCE

Telles que déficiences intellectuelles, psychiques, sensorielles, orthopédiques, neurologiques, des fonctions d'élimination :

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

PATHOLOGIES AUTRES

Telles que diabète, cardiopathie, néoplasie :

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

TRAITEMENT

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

SOINS INFIRMIERS

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

SOINS DE KINESITHERAPIE

.....
.....

AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO RESSOURCES (Grille nationale A.G.G.I.R.)

A : fait seul
 totalement
 spontanément
 habituellement
 correctement : bien

B : fait seul
 soit partiellement
 soit sur ordre : simple rappel
 soit non habituellement
 soit non correctement : mal

C : ne fait pas
 - soit pas du tout : il faut FAIRE à sa place.
 - soit si une préparation, des ordres répétés, des explications, des vérifications, accompagnement de l'activité :
 il faut FAIRE FAIRE.
 Dans toutes ces circonstances la personne NE FAIT PAS.

COHERENCE :	A : propos ou conduite logiques et sensés	<input type="checkbox"/>
	B : troubles légers (prétend à tort qu'on l'a volé), stimulation.	<input type="checkbox"/>
	C : confusion, incohérence (prend sa fille pour sa mère) .	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION :	A : se repère correctement dans le temps, les moments de la journée et les lieux	<input type="checkbox"/>
	B : désorientation épisodique ou avis divergent de l'entourage	<input type="checkbox"/>
	C : perte des repères (la personne se trompe toujours de chambre	<input type="checkbox"/>
TOILETTE :	A : assume seul , spontanément et correctement son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>
	B : aide partielle à la réalisation, incitation régulière, préparation des affaires de toilette	<input type="checkbox"/>
	C : assistance complète (la toilette n'est jamais effectuée seule)	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE :	A : s'habille, se déshabille, met un appareillage, sans ou presque sans aide	<input type="checkbox"/>
	B : doit être aidé ou stimulé (si la personne réutilise des vêtements sales)	<input type="checkbox"/>
	C : ne s'habille pas, se trompe systématiquement, inadapté à la météo	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION :	A : découpe et mange sans aide les aliments préparés, se sert à boire.	<input type="checkbox"/>
	B : aide limitée (couper les aliments), renverse sur la table les aliments	<input type="checkbox"/>
	C : ne mange pas ou ne boit pas seule	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION :	A : assume seul l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (poche, protection)	<input type="checkbox"/>
	B : aide légère, incitation intermittente, changes parfois incorrects	<input type="checkbox"/>
	C : aide totale ou incontinence ou toujours incité "continent conduit"	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS	A : se lève, se couche, s'assoit, seul ou sans aide	<input type="checkbox"/>
	B : assure seul le coucher mais pas le lever ou que le transfert latéral mais pas le coucher	<input type="checkbox"/>
	C : les changements de position dans les 2 sens sont impossibles	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS Intérieurs :	A : seul, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
	B : aide occasionnelle ou partielle (ne se déplace que dans sa chambre)	<input type="checkbox"/>
	C : aide totale	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS Extérieurs :	A : sort seul à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
	B : doit être aidé, stimulé ou sort rarement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>
	C : ne sort pas seul spontanément à l'extérieur	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION à distance :	A : peut utiliser seul les différents systèmes mis à dispo : Tel, sonnette	<input type="checkbox"/>
	B : utilisation inappropriée	<input type="checkbox"/>
	C : ne sait pas ou ne peut pas appeler	<input type="checkbox"/>

APTITUDE A VIVRE SEUL

A : fait assez aisément

B : fait péniblement

C : ne peut pas faire

Préparer ses repas

S'approvisionner par ses propres moyens

Effectuer les petits travaux ménagers

Effectuer les gros travaux ménagers

Prendre un moyen de transport

Avoir des loisirs à l'extérieur

Suivre son traitement

Gérer ses affaires, son budget

VOS SUGGESTIONS DE BESOINS D'AIDES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE OU SURVEILLANCE

Aides Humaines :

Aide ménagère garde à domicile de jour de nuit dépannage

Aides matérielles :

Aménagement du logement pour l'accessibilité portage de repas téléalarme

Hébergement :

Accueil de jour ou à temps complet

En famille d'accueil en établissement

Autres propositions pour le plan d'aides :

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

A, le
Signature du médecin (cachet)