

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

1 DEFICIENCES MOTRICES NON (passez au 2) 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"/> |

2 DEFICIENCES DES FONCTIONS SUPERIEURES

Votre patient présente-t-il des troubles cognitifs ?

- NON (passez au 3) 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)

3 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 4) OUI, prévisibles Précisez ci-dessous :

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

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

4 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

