

Versailles, le



Yvelines
Le Département

Conseil Départemental
Direction Générale Adjointe des Solidarités
Direction Autonomie Santé

Cher Confrère,

Votre patient(e) souhaite demander **l'Allocation Personnalisée d'Autonomie¹ à domicile (APA)**.

Dans le cadre de cette démarche, je vous remercie de bien vouloir remplir **le certificat médical** que vous trouverez ci-joint². Ce document sous pli cacheté sera ouvert par un médecin de la coordination gérontologique locale (CGL)³.

Ce bilan médical permet une évaluation adaptée du degré d'autonomie de votre patient(e). Il sera complété par une visite à domicile d'un travailleur social pour faire le point sur son environnement et élaborer le cas échéant un plan d'aide adapté à ses besoins.

- Vous pouvez, si vous le souhaitez, assister à cette visite à domicile.
- Vous pouvez, si vous le souhaitez, être contacté par le médecin de la coordination.

Je vous remercie du temps que vous pourrez y consacrer.

Bien confraternellement,

Le Directeur Autonomie Santé
Dr Sandrine ESQUIERRE

(1) L'APA a été instaurée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

Le certificat médical n'est pas obligatoire dans le cadre d'un dossier de demande d'APA, cependant l'article R.232-7 du Code d'Action Sociale et des Familles prévoit que le médecin traitant peut être consulté et qu'il peut assister à la visite à domicile.

NB : le certificat médical suffit, vous n'avez plus à remplir la grille AGGIR.

(2) Le certificat médical peut être téléchargé sur www.yvelines.fr (solidarité/personnes âgées/APA/formulaires)

(3) Coordonnées de la Coordination gérontologique locale de votre commune (CGL) sur www.yvelines.fr (solidarité, personnes âgées)

CERTIFICAT MÉDICAL

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

Sous enveloppe fermée, confidentielle, à l'attention du médecin de la CGL (coordination gériatrique locale)

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

NOM : Prénom : Date de naissance / / H F

TAILLE : POIDS :

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 ET/OU TROUBLES DE LA COORDINATION

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

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

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

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 : partielle totale
dans l'espace : partielle totale

▪ **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
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...

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