

# CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)  
A L'ATTENTION DU MEDECIN  
DU SERVICE MEDICAL

DOSSIER N°

- Première demande
- Nouvelle demande après refus
- Révision

## ETAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

## LIEU DE VIE

❖ **L'environnement humain, la personne vit-elle :**

**A DOMICILE, préciser le type d'habitat**

- ↳ en pavillon
- ↳ en appartement
- ↳ en résidence autonomie (ex logement-foyer)
- ↳ en résidence avec services
- ↳ autre, préciser .....

**SEULE**

Oui  Non

→ confinée

Oui  Non

**CHEZ SES ENFANTS**

**EN COUPLE**

Oui  Non

**EN FAMILLE D'ACCUEIL**

→ conjoint valide ? Oui  Non

**AUTRE, préciser .....**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### 1 - ENTREE DANS LA DEPENDANCE

- Evénement brutal récent : *(à quelle date et de quel type)*
- Polypathologie : *(préciser les différentes affections et leur chronologie)*
- Sénescence « physiologique » : *(préciser les principaux déficits)*



❖ **Autres pathologies non citées en 1 et 2, mais susceptibles d'avoir un impact sur l'autonomie**

⇒ organes des sens (acuité visuelle et auditive)

Si handicap visuel, joindre le bilan ophtalmologique précisant l'acuité visuelle corrigée

⇒ pathologies rhumatologiques (membres supérieurs, rachis...)

⇒ pathologies cardiaques et respiratoires

La personne a-t-elle besoin d'oxygénothérapie pour ses déplacements oui  non

⇒ pathologies neurologiques et psychiatriques

⇒ endocrinopathies, maladies de système, hémopathies...

❖ **Traitement actuel :**

4 - **PRONOSTIC** évolutif à moyen terme

stabilisation

amélioration

aggravation

5 - **COMMENTAIRES**

*(ce questionnaire étant volontairement standardisé, indiquez tout élément supplémentaire vous paraissant important)*

# GRILLE NATIONALE AGGIR

A - fait seul, spontanément, correctement, totalement, habituellement  
 B - fait seul, mais après stimulation, ou mal, ou partiellement, ou à mauvais escient  
 C - ne fait pas : - il faut faire à la place  
 - ou il faut « faire-faire »

A, B ou C

<b>TRANSFERTS :</b> se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR :</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
<b>TOILETTE :</b> assurer son hygiène corporelle du :	<b>HAUT du corps</b>	
	<b>BAS du corps</b>	
<b>ELIMINATIONS :</b> assurer l'hygiène de l'élimination	<b>URINAIRE</b>	
	<b>FECALE</b>	
<b>HABILLAGE :</b> s'habiller, se déshabiller, se présenter	<b>HAUT</b>	
	<b>MOYEN</b>	
	<b>BAS</b>	
<b>ALIMENTATION :</b>	<b>SE SERVIR</b>	
	<b>MANGER</b> (porter les aliments et boissons à la bouche)	
<b>ALERTER :</b> utiliser les moyens à communication (téléphone, téléalarme, alarme, sonnette)		
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR :</b> en dehors de son lieu de vie		
<b>ORIENTATION :</b>	<b>LE TEMPS</b>	
	<b>L'ESPACE</b>	
<b>COHERENCE :</b>	<b>COMMUNICATION</b> verbale et/ou non verbale	
	<b>COMPORTEMENT</b> agir de façon logique et sensée	

Certificat établi le :

, par le Docteur (cachet et signature)

**A RETOURNER A :**  
**DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE**  
**MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE**  
**SERVICE MEDICAL**  
**CS 94104 - 49941 ANGERS cedex 9**