



Cher Confrère, Chère Consœur,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient.

Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires

Les Médecins du Pôle Médical Autonomie

## ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE - CERTIFICAT MEDICAL

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE de NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LOCALITE : \_\_\_\_\_

ADRESSE où la personne peut être visitée : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES EN RAPPORT AVEC LA PERTE D'AUTONOMIE - EVOLUTIONS ATTENDUES

---

---

---

---

---

---

Déficience auditive invalidante

Déficience visuelle invalidante

Mise en danger :

Notion de chute :

Personne vivant seule :

Périmètre de marche : jusqu'à \_\_\_\_\_ m

Vitesse de marche (plus de 4 sec pour 4 mètres)  OUI  NON

Station unipodale 5 sec. possible  OUI  NON

Dénutrition :  OUI  NON

Amaigrissement :  OUI  NON

Déshydratation :  OUI  NON

Troubles de la déglutition :  OUI  NON

Personne gauchère

Personne droitère

## GRILLE AGGIR

### VARIABLES DISCRIMINANTES

**A** : fait seul totalement, habituellement, correctement.

**B** : fait partiellement.

**C** : ne fait pas

<b>COHERENCE :</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée	* comportement	
	* communication	
<b>ORIENTATION :</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	* temps	
	* espace	
<b>TOILETTE :</b> Concerne l'hygiène corporelle	* toilette du haut	
	* toilette du bas	
<b>HABILLAGE :</b> S'habiller, se déshabiller, se présenter	* habillement du haut	
	* habillement moyen	
	* habillement du bas	
<b>ALIMENTATION :</b> Manger les aliments préparés	* se servir	
	* manger	
<b>ELIMINATION :</b> Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	* urinaire	
	* anale	
<b>TRANSFERTS :</b> Se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR :</b> Canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport Besoin d'accompagnement par une tierce personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

## TRAITEMENTS

---

---

---

---

Stomie :  OUI  NON

O2 :  OUI  NON

## PRESCRIPTIONS MEDICALES

Soins infirmiers :  OUI  NON

Kiné :  OUI  NON

---

---

---

Souhaitez-vous être présent lors de l'évaluation de l'APA à domicile ?  OUI  NON

Si votre patient l'autorise, souhaitez-vous être tenu informé des suites de l'évaluation APA (GIR, plan d'aide...) ?  OUI  NON

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Selon vous, quelles sont les priorités à mettre en œuvre pour aider votre patient à vivre à domicile ?

---

---

---

Rempli par : Dr \_\_\_\_\_

Signature et cachet

Tél : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Si ce certificat n'a pas été complété par le Médecin traitant,

Merci d'indiquer le nom de ce dernier : \_\_\_\_\_

Les services du Département sont à votre disposition pour tout complément d'information sur la situation de votre patient.

**Médecins du Pôle Médical Autonomie à contacter par Médimail :**

Dr. Valérie CAPDEJELLE

Dr. Catherine CARLIER

Dr. Corinne SCOTTO

Secrétariat : 05 62 56 74 47

Le service des personnes âgées au sein de la Direction de la Solidarité Départementale essaie de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées des Hautes-Pyrénées.

