

- Troubles cognitifs : non oui débutants probables/à vérifier
- * bilan gériatrique : non oui en cours
- * Désorientation/risque de fugue ou de se perdre : non oui
- Troubles du comportement : non oui
- Troubles de l'humeur : tristesse apathie anxiété
- Déficiences sensorielles : vue audition langage
- Troubles neurologiques : non oui
- Troubles moteurs :
 - *paralysie : troubles de l'équilibre chutes à répétition risque de chutes/troubles de l'équilibre
- Douleurs / traumatismes :

- Essoufflement / fatigue : à l'effort avec impact sur certaines activités
 - au moindre effort avec impact probable sur les AVQ
 - permanente avec impact majeur sur les activités

Oxygène à domicile : non oui

- Troubles de l'élimination : urinaire fécale

• Troubles de l'alimentation :

- *Risque de dénutrition : dénutrition à évaluer

- *Risque de fausse route : non oui

- Problèmes cutanés : non oui

• Autres éléments à porter à la connaissance de l'équipe médico-sociale :

.....

- Projet de vie :
demandes entrée EHPAD faites non oui

Identification du médecin :

Date à laquelle le certificat est établi :
Signature

CACHET DU MÉDECIN

Application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Les informations contenues sur ce formulaire peuvent être traitées au moyen de l'informatique sous le contrôle de la Direction générale adjointe de la vie sociale et du Conseil départemental de la Savoie. Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi.

À RETOURNER SOUS PLI CACHETÉ DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE À :

Conseil départemental - Équipe médico sociale APA

Direction générale adjointe de la vie sociale
Délégation départementale personnes âgées
personnes handicapées

Carré Curial • CS 71806 • 73018 CHAMBERY cedex



APA

Certificat médical

Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 et 2015-1776 du 28 décembre 2015

Pièce réservée aux demandes d'APA à domicile

Mon cher confrère,

Votre patient fait une demande d'APA (allocation personnalisée d'autonomie). S'il est éligible, cette prestation payée par le Conseil départemental de la Savoie, pourra lui permettre de compenser, par des aides humaines et/ou techniques sa perte d'autonomie.

Pour établir le plan d'aide le plus approprié à ses besoins dans les meilleurs délais, je vous saurais gré de bien vouloir remplir cette fiche d'information à l'attention des équipes médico-sociales (tenues au secret professionnel). Je vous remercie de la remettre à votre patient pour qu'il la joigne au formulaire de demande.

Toutefois, si vous désirez me faire parvenir des informations médicales complémentaires utiles à la compréhension de la situation de votre patient vous pouvez me les adresser, sous pli cacheté, à l'adresse suivante :

Médecin départemental personnes âgées personnes handicapées
Secret médical
Délégation départementale personnes âgées personnes handicapées
Carré Curial - CS 71806 - 73018 CHAMBERY cedex

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'accepter mes confraternelles salutations.

Médecin conseil départemental
Délégation départementale personnes âgées personnes handicapées
Téléphone : 04 79 60 29 19

1* ÉTAT CIVIL

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance

Adresse : _____

Code postal Ville : _____

2* ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

- Personne seule à domicile et isolée Personne à domicile vivant avec un aidant (conjoint, enfant, famille, amis)
- Personne seule à domicile avec des aidants présents à proximité (enfant, famille, amis) Personne accueillie au domicile d'un aidant (enfant, famille, amis)
- Personne en hébergement collectif (sauf EHPAD) Famille d'accueil agréée par le Conseil départemental

3* AIDES ET SOINS À DOMICILE

Soins	En place	A prévoir
IDE		
Kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute		
Pédicure		

Type d'aide	Déjà en place à domicile avant cette demande	Souhaitable à mettre en place au domicile
Aide à domicile		
Aide au repas		
Aide à la toilette		
Entretien du logement		
Aide au déplacement		
Courses / sorties		
Portage de repas		
Stimulation		
Lit médicalisé		
Lève malade, verticalisateur		
Chaise garde robe		
Protections		
Cannes, déambulateurs		
Fauteuil roulant		
Téléalarme		
Aménagement du domicile		
Autre (à préciser)		

■ Appréciation du degré d'urgence

L'état de santé de votre patient et/ou son niveau de dépendance s'aggravent : de façon brutale de façon progressive

S'agit-il d'une pathologie chronique ? oui non Si oui : stabilisée évolutive

4* MODÈLE AGGIR

	Ne fait pas	S	T	C	H	Réalise seule
1 - Transferts se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Toilette • haut : concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains (le dos est exclu) • bas : concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Élimination • urinaire : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire • fécale : assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Habillage • haut : le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras • moyen : le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles • bas : le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Alimentation • se servir : couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre • manger : porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Orientation • dans le temps : se repérer dans le temps, les moments de la journée • dans l'espace : se repérer dans les lieux de vie et les lieux habituellement fréquentés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Cohérence • communication : converser avec les autres de façon sensée • comportement : se comporter de façon logique par rapport aux normes admises par la société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explication pour le remplissage de la grille AGGIR

Pour chaque item, cochez :

- NE FAIT PAS : si la personne ne fait jamais, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à la place ou faire faire ou TOUT REFAIRE.

- S, T, C, H : quand les conditions pour l'adverbe NE SONT PAS REMPLIES (ne pas cocher si la personne fait même difficilement).

S - Spontanément T - Totalem C - Correctement H - Habituellement

RÉALISE SEUL : si la personne fait seule, spontanément, totalement, correctement et habituellement.