DÉPARTEMENT
BOUCHES-DU-RHÔNE

Direction des Personnes Agées - Personnes Handicapées

InfoAPA 13
0811 88 13 13*
* Coût d'une communication locale

Allocation Personnalisée d'Autonomie

Certificat Médical

(Etabli par le médecin traitant et remis au demandeur **sous pli cacheté confidentiel**)

NOM, Prénom : .....

NOM de jeune fille : .....

Adresse : .....

.....

.....

Date de Naissance : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

Sexe : ❍ Masculin ❍ Féminin

Afin d'apporter des informations complémentaires et nécessaires à l'évaluation de vos droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, il serait utile de faire remplir par votre médecin traitant ce certificat médical.

Direction Générale Adjointe de la Solidarité
Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées - 4, Quai d'Arenc - CS 70095 - 13304 Marseille cedex 02

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : ..... T.A. : .....

Audition : ..... Vision : .....

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

PATHOLOGIE / HANDICAP : Diagnostic précis, Limitations Fonctionnelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT : .....

PRÉCISIONS

La marche est : ❍ normale ❍ aidée (❍ cannes, ❍ déambulateur, ❍ tierce-personne)
❍ difficile ❍ impossible

Incontinence urinaire : ❍ oui ❍ non ❍ occasionnelle ❍ permanente ❍ nocturne

Incontinence fécale : ❍ oui ❍ non ❍ occasionnelle ❍ permanente

L'intéressé bénéficie de soins d'hygiène à domicile : ❍ oui ❍ non

APTITUDE A VIVRE SEUL

A : Fait assez aisément **B** : Fait péniblement **C** : Ne peut pas faire

Préparer ses repas	❍ A	❍ B	❍ C
Effectuer les petits travaux ménagers	❍ A	❍ B	❍ C
Effectuer les gros travaux ménagers	❍ A	❍ B	❍ C
S'approvisionner par ses propres moyens	❍ A	❍ B	❍ C
Prendre un moyen de transport	❍ A	❍ B	❍ C
Suivre son traitement	❍ A	❍ B	❍ C
Gérer ses affaires, son budget	❍ A	❍ B	❍ C
Avoir des loisirs à l'extérieur	❍ A	❍ B	❍ C

PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL

PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

A : Fait seul, totalement, habituellement et correctement
B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
C : Ne fait pas

	A - B ou C
• **Cohérence** ..... converser et / ou se comporter de façon logique et sensée	☐
• **Orientation** ..... se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	☐
• **Toilette du HAUT et du BAS du corps** ..... assurer son hygiène corporelle.	☐☐
• **Habillage (HAUT - MOYEN - BAS)** ..... s'habiller, se déshabiller, se présenter.	☐☐☐
• **Alimentation** ..... se SERVIR et MANGER les aliments préparés.	☐☐
• **Élimination urinaire et fécale** ..... assurer l'hygiène de l'élimination URINAIRE et FÉCALE.	☐☐
• **Transfert** ..... se lever, se coucher, s'asseoir.	☐
• **Déplacements à l'intérieur** ..... avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.	☐
• **Déplacements à l'extérieur** ..... à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.	☐
• **Communication à distance** ..... utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette.	☐

Date de l'évaluation : .....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature
et tampon du Médecin

PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL PLI CACHETÉ CONFIDENTIEL