

## COMMENTAIRES FACULTATIFS :

À l'appréciation du médecin traitant et ne relevant pas du secret médical

## VALIDATION DU GIR PAR LE SERVICE MEDICAL DE LA DIRECTION

Etabli après étude des éléments fournis par le médecin traitant  
(volets 2 et 3)

GIR

Cachet et signature

COMMENTAIRES EVENTUELS ne relevant pas du secret médical



DÉPARTEMENT  
**BOUCHES  
DU RHÔNE**



Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Age

InfoAPA B  
0800 73 23 46\*

\* Coût d'une communication locale



# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

## CERTIFICAT MÉDICAL

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

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Certificat médical établi le :

Cachet et signature du médecin traitant :

### À l'attention du médecin traitant

Les informations contenues dans ce certificat médical sont essentielles pour que votre patient puisse faire valoir ses droits à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Précisons que si les pathologies et leurs traitements restent des données indispensables,

Dans le cadre de l'APA

Il est recommandé d'apporter une attention particulière à leur répercussion sur la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne de vos patients.

Nous vous remercions de cette prise en considération.

Direction Générale Adjointe de la Solidarité

Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Age - 4, Quai d'Arenc - CS 70095 - 13304 Marseille cedex 02

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (Dates)

Poids :	Taille :	Tension artérielle :
Audition :		
Vision :		
Si la déficience est susceptible d'entraîner des difficultés dans la réalisation des AEV :		
Préciser l'AV, le CV		éventuellement fournir un <u>CM</u> de l'OPH

PATHOLOGIE : diagnostic et date d'apparition	TRAITEMENT
	Du copie ordonnance

**EVALUATION DE L'AUTONOMIE (ACTES ESSENTIELS DE LA VIE : AEV)** ----->

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement, spontanément    C : ne fait pas du tout = aide totale pour l'accompagnement de l'acte  
 B : fait partiellement, non habituellement, incorrectement, non spontanément

**PRECISIONS CONCERNANT (EN LIEN AVEC LES ITEMS DE LA GRILLE AGGIR)**

- l'altération des fonctions cognitives
- les limitations fonctionnelles gênant ou empêchant la réalisation des AEV

<b>COHÉRENCE</b> - converser et / ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<b>Au plan cognitif afin de renseigner au mieux les 2 items tenir compte entre autre de :</b> - la capacité de tenir une conversation cohérente (aphasie éventuelle) - le degré de sévérité des troubles mnésiques (antérogrades - faits anciens) - l'orientation spatiale dans un périmètre connu : domicile ou extérieur < à 200 m - orientation temporelle : dates (jours, mois, saisons, années) - reconnaissance des proches	(MMS si possible)	
<b>ORIENTATION</b> - se repérer dans le temps et dans les lieux	<input type="checkbox"/>			
<b>TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS</b> - hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<b>Concernant la toilette et l'habillement, précisez :</b> - autonomie dans la réalisation de l'acte ..... - besoin de stimulation, surveillance ou difficultés mineures ..... - aide partielle ou occasionnelle ..... - aide totale ..... - aide apportée par ..... alimentation : troubles fréquents de la déglutition..... <b>En cas d'incontinence :</b> - gestion autonome (y compris des protections si besoin) ..... - aide ponctuelle, occasionnelle ou nocturne uniquement ..... - assistance totale par une tierce personne .....	<b>Toilette</b>	<b>Habillement</b>
<b>HABILLEMENT (HAUT - MOYEN - BAS)</b> - s'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/>		IDE <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/>	Famille <input type="radio"/>
<b>ALIMENTATION</b> - se SERVIR et MANGER les aliments déjà préparés	<input type="checkbox"/>		Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<b>ELIMINATION URINAIRE ET FECALE</b> - gestion de l'hygiène et de l'élimination	<input type="checkbox"/>		Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<b>TRANSFERT</b> - se lever, se coucher, s'asseoir, verticalisation	<input type="checkbox"/>	<b>Transferts :</b> - autonomes ou avec légères difficultés (appui) - difficultés importantes - aide ponctuelle ou assistance occasionnelle - aide totale et constante par une tierce personne	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR DU DOMICILE</b>	<input type="checkbox"/>		<b>Déplacements à l'intérieur du domicile :</b> - autonomes (y compris avec une canne ou béquille) - avec déambulateur ou appui sur murs et mobiliers - marche impossible sans une tierce personne - risque de chutes important et/ou chutes fréquentes - fauteuil roulant manœuvré de façon autonome	Dui <input type="radio"/>
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DU DOMICILE</b> - sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<b>Capacité</b> - de prendre un transport en commun seul ..... - de conduire son véhicule automobile .....	Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> - téléphone, alarme, sonnette	<input type="checkbox"/>		Dui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>