

Certificat médical accompagnant la demande de (préciser éventuellement) :

- Allocation personnalisée d'autonomie
- Aide ménagère pour personnes handicapées au titre de l'aide sociale
- Aide ménagère pour personnes âgées au titre de l'aide sociale
- Portage des repas
- Aide supplémentaire accueil de jour

CERTIFICAT MEDICAL

En complément d'une ou de plusieurs demandes concernant votre patient, je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical circonstancié, pour qu'il le joigne à son dossier. Il m'est en effet indispensable pour étudier la recevabilité de sa demande.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médico-sociale et l'ensemble des services du département sont astreints au secret professionnel (art. 378 du code pénal).

La grille nationale qui a été fixée par décret du 28 avril 1997 pour évaluer l'état de dépendance des patients est la grille AGGIR. Elle est incluse dans ce certificat. Cet outil est accompagné d'un tableau d'évaluation plus explicatif que vous pouvez éventuellement remplir en lieu et place de la grille AGGIR.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à l'élaboration de ce certificat.

Merci d'adresser ce certificat médical sous enveloppe cachetée, portant la mention « confidentiel »

IDENTITE

Nom : _____ Nom d'épouse : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse de résidence :

	OUI	NON	
-La personne vit seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Existe-t-il une personne aidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
-Isolement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pour les demandes d'aide ménagère :
 - Nombre d heures mensuelles préconisées : _____
 - Durée en mois (à défaut pour 2 ans) : _____

PATHOLOGIES

1° Pathologie principale : _____

 2° Pathologies annexes : _____
 a) _____
 b) _____

PRISES EN CHARGE MEDICALISEES

	OUI	NON	FREQUENCE
- Services de soins infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Actes infirmiers libéraux de nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Actes de masso-kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Actes d'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Aides techniques :			
lit médicalisé <input type="checkbox"/>		soulève malade <input type="checkbox"/>	
fauteuil roulant <input type="checkbox"/>		déambulateur <input type="checkbox"/>	
Autres <input type="checkbox"/>		_____	

DEFICIENCES

Complétez uniquement les rubriques concernant votre patient

LOCOMOTRICES

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| -Impotence fonctionnelle | MSD <input type="checkbox"/> | MID <input type="checkbox"/> | MSG <input type="checkbox"/> | MIG <input type="checkbox"/> |
| -Paralysie | MSD <input type="checkbox"/> | MID <input type="checkbox"/> | MSG <input type="checkbox"/> | MIG <input type="checkbox"/> |

NEUROPSYCHIATRIQUES

- | | OUI | NON | Précisions éventuelles |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| -Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |
| -Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |
| -Troubles de l'orientation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |
| -Troubles de la perception
de la réalité (délires-hallucination) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |
| -Conduites dangereuses
pour lui ou pour autrui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |
| -Comitialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- |

CARDIORESPIRATOIRES

- | | |
|---|--|
| - dyspnée d'effort <input type="checkbox"/> | dyspnée de repos <input type="checkbox"/> |
| - angor d'effort <input type="checkbox"/> | angor de repos <input type="checkbox"/> |
| - pace-maker <input type="checkbox"/> | assistance respiratoire <input type="checkbox"/> |

SENSORIELLES

à remplir si déficience importante

- **oculaires** : acuité visuelles après correction exprimée en 1/10^{ème} OD _____ OG _____
si acuité < 1/20 fournir certificat médical ophtalmologique
- **auditives** : surdité OD _____ OG _____
si acuité > 60 décibels, joindre impérativement un audiogramme.

DIGESTIVES

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| - Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> | Stomie <input type="checkbox"/> | Sonde gastrique <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence anale <input type="checkbox"/> | | |

URINAIRES

- Incontinence Sonde

HEMATOPOÏÉTIQUE + IMMUNITAIRES

Répercutions sur état général -----

ENDOCRINOLOGIE + METABOLIQUES

Répercutions sur état général -----

EVALUATION DE LA DEPENDANCE

<p>COMPORTEMENT</p> <p>-logique et cohérent <input type="checkbox"/></p> <p>-épisodes d'incohérence <input type="checkbox"/></p> <p>-incohérent <input type="checkbox"/></p>	<p>LANGAGE / DIALOGUE</p> <p>-logique et cohérent <input type="checkbox"/></p> <p>-épisodes d'incohérence <input type="checkbox"/></p> <p>-incohérent <input type="checkbox"/></p>
<p>ORIENTATION (TEMPS / ESPACE)</p> <p>-toujours bonne <input type="checkbox"/></p> <p>-épisodes de désorientation <input type="checkbox"/></p> <p>-désorientation complète <input type="checkbox"/></p>	<p>TRANSFERTS (LEVER, COUCHER, ASSEOIR)</p> <p>-seuls <input type="checkbox"/></p> <p>-incités <input type="checkbox"/></p> <p>-aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>
<p>TOILETTE</p> <p>-seule et correcte <input type="checkbox"/></p> <p>-incitée <input type="checkbox"/></p> <p>-aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>	<p>HABILLAGE / DESHABILLAGE</p> <p>-seuls et corrects <input type="checkbox"/></p> <p>-incités <input type="checkbox"/></p> <p>-aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>
<p>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</p> <p>-seul <input type="checkbox"/></p> <p>-avec aide matérielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>	<p>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</p> <p>-seul <input type="checkbox"/></p> <p>-avec aide matérielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>
<p>ALIMENTATION</p> <p>-seule <input type="checkbox"/></p> <p>-incitée <input type="checkbox"/></p> <p>-aidée pour se servir <input type="checkbox"/></p> <p>-aidée pour manger <input type="checkbox"/></p>	<p>ÉLIMINATION SPHINCTERIEUNE</p> <p>-pas de problème <input type="checkbox"/></p> <p>-assure seule son hygiène (même si incontinence) <input type="checkbox"/></p> <p>-aide totale <input type="checkbox"/></p>

Observations éventuelles :

Date :

Signature et cachet :