

Certificat médical accompagnant la demande de (précisez éventuellement):

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

## **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 le mention « Confidentiel ».

## IDENTITE

Nom : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PATHOLOGIES

1° Pathologie principale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2° Pathologies annexes :

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

	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"/>	

## 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"/>		_____	

Pour les demandes d'aide ménagère :

- nombre d'heures mensuelles préconisées : \_\_\_\_\_

- durée en mois (à défaut pour 2 ans) : \_\_\_\_\_

# CERTIFICAT MEDICAL

## DEFICIENCES

Vous pouvez compléter **seulement** les rubriques concernant votre patient

### LOCOMOTRICES

Impotence fonctionnelle partielle	MSD <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MSG <input type="checkbox"/>	MIG <input type="checkbox"/>
Impotence fonctionnelle totale	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 (délire-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"/>	assistance respiratoire <input type="checkbox"/>
angor de repos <input type="checkbox"/>	

### SENSORIELLES

#### à remplir si déficience importante

- oculaires : acuité visuelle corrigée exprimée en dixièmes OD ----- OG -----  
 Champ visuel normal oui  non

- surdité handicapante oui  non

### DIGESTIVES

- Troubles de la déglutition  Stomie  Sonde gastrique

- Incontinence anale

### URINAIRES

- Incontinence  Sonde

### HEMATOPOÏÉTIQUE + IMMUNITAIRES

Répercussions sur état général -----

### ENDOCRINOLOGIE + METABOLIQUES

Répercussions sur état général -----

Obésité  Maigreur

# CERTIFICAT MEDICAL

## EVALUATION DE LA DEPENDANCE

<b>COMPORTEMENT</b> logique et cohérent <input type="checkbox"/> épisodes d'incohérence <input type="checkbox"/> incohérent <input type="checkbox"/>	<b>LANGAGE / DIALOGUE</b> logique et cohérent <input type="checkbox"/> épisodes d'incohérence <input type="checkbox"/> incohérent <input type="checkbox"/>
<b>ORIENTATION (TEMPS / ESPACE)</b> toujours bonne <input type="checkbox"/> épisodes de désorientation <input type="checkbox"/> désorientation complète <input type="checkbox"/>	<b>TRANSFERTS (LEVER, COUCHER, ASSEOIR)</b> seuls <input type="checkbox"/> incités <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>
<b>TOILETTE</b> seule et correcte <input type="checkbox"/> incitée <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>	<b>HABILLAGE / DESHABILLAGE</b> seuls et corrects <input type="checkbox"/> incités <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>
<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> seul <input type="checkbox"/> avec aide matérielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> seul <input type="checkbox"/> avec aide matérielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTATION</b> seule <input type="checkbox"/> incitée <input type="checkbox"/> aidée pour se servir <input type="checkbox"/> aidée pour manger <input type="checkbox"/>	<b>ELIMINATION SPHINCTERIEUNE</b> assure seule son hygiène <input type="checkbox"/> aide occasionnelle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>
<b>UTILISER LES MOYENS DE COMMUNICATION</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>GESTION DU TRAITEMENT</b> assure seule <input type="checkbox"/> la prise de son traitement aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Date, Signature et Cachet :