

CERTIFICAT MEDICAL A.P.A. A DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service Médico-social Personnes Agées
Hôtel du Département - 81013 ALBI CEDEX 09

Cher Confrère,

Ayez l'obligeance de compléter ce questionnaire médical concernant votre patient(e) afin de lui permettre de bénéficier de l'aide la plus appropriée à son état dans le cadre de **l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.)**.

Les renseignements médicaux fournis parviendront sous pli cacheté à notre service et ne seront ouverts que par le personnel autorisé, ceci afin de préserver le secret médical.

Les Certificats Médicaux sont ensuite conservés sous clé par les médecins du service.

IDENTIFICATION

Nom

Prénom :

Situation familiale :

Date de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone :

ENVIRONNEMENT

MODE DE VIE

- Seul
- En couple
- En famille
- En famille d'accueil
- En foyer logement
- Personne âgée isolée
- Aidant familial

INTERVENANTS ACTUELS

- Infirmière (coordonnées) :
- Kinésithérapeute (coordonnées) :
- Hospitalisation à domicile :
- Réseau soins palliatifs :
- CMP, villa thérapeutique :

PATHOLOGIES

Les principales pathologies ayant une répercussion sur la dépendance du patient :

ETAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic :

Traitement :

	OUI	NON
Troubles de la mémoire		
Démence		
Troubles du langage		
Désorientation temporo-spatiale		
Agitation		
Agressivité		
Etat dépressif		
Apathie		
Fugues		
Comitialité		
Toxicomanie (alcool, drogues...)		

APPAREIL LOCOMOTEUR

Diagnostic :

Traitement :

	OUI	NON	AMELIORABLE
Déficit membre supérieur gauche			
Déficit membre supérieur droit			
Déficit membre inférieur gauche			
Déficit membre inférieur droit			
Chutes fréquentes			

APPAREILS VISUEL et AUDITIF

Diagnostic :

Traitement :

	OUI	NON
Déficit visuel après correction		
Déficit auditif appareillé		

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Diagnostic :

Traitement :

Signes fonctionnels retentissant sur la vie courante :

APPAREIL RESPIRATOIRE

Diagnostic :
.....
Traitement :

	OUI	NON
O ₂		

APPAREIL DIGESTIF

Diagnostic :
.....
Traitement :

	OUI	NON
Troubles de la déglutition		
Stomie		
Incontinence anale		

APPAREIL URINAIRE

Diagnostic :
.....
Traitement :

	OUI	NON
Incontinence urinaire		
Dialyse		
Sonde urinaire		

TROUBLES ENDOCRINIENS

Diagnostic :
.....
Traitement :
Signes fonctionnels retentissant sur la vie courante :
.....

ETAT NUTRITIONNEL ET GENERAL

Amaigrissement (6 derniers mois) : Kg.

	OUI	NON
Dénutrition		
Escarres		

SOINS D'HYGIENE

Votre patient a-t-il besoins d'aide pour les soins d'hygiène et de confort ? OUI NON

Si oui, avez-vous prescrit une Démarche de Soins Infirmiers ? OUI NON

Estimez-vous que cet acte relève :

- D'un acte de soin d'une infirmière et/ou d'une aide soignante d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ? OUI NON

- D'une aide à la vie courante réalisée par une auxiliaire de vie sociale d'un service d'aide à domicile ? OUI NON

PLAN D'AIDE

Un plan d'aide sera proposé à votre patient par l'Equipe Médico-sociale départementale. Il permettra de financer différentes aides concourant au maintien à domicile. **Avez-vous des suggestions concernant ces différentes aides ?**

	A PROPOSER		PRECISIONS
	OUI	NON	
AIDES HUMAINES : - Services ménagers, - Aide à la personne (aide pour manger, se déplacer...), - Garde de jour, - Garde de nuit.			
TELEALARME			
PORTAGE REPAS			
AIDES TECHNIQUES (NON PRISES EN CHARGE PAR LA CPAM)			
AMELIORATION DE L'HABITAT			
HEBERGEMENT - Accueil de jour - Temporaire			

EVALUATION A DOMICILE

Un évaluateur va se rendre seul au domicile de votre patient. Des **dispositions particulières** doivent-elles être prises au préalable ? OUI NON

Si oui, pour quel motif ?.....
.....

MEDECIN TRAITANT

Date :/..../....

Cachet du Médecin

Signature du médecin :

Tél. du Médecin :

Courriel du Médecin (si vous souhaitez être destinataire d'informations du service sur les actions en direction des personnes âgées sur votre secteur) :

.....@.....

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples informations

- Au N°VERT « Information Personnes Agées » : **0 805 60 81 81**
- Par mail : medico-social.personnes-agees-ds@cg81.fr
- Par fax à l'attention du médecin Chef de Service : **05.63.48.69.80**

**Les médecins du Service Médico-social Personnes Agées
Direction Personnes Agées – Personnes Handicapées
Direction Générale de la Solidarité du Conseil général du Tarn**