

DIRECTION GENERALE ADJOINTE DE LA SOLIDARITE
Direction Personnes Agées – Personnes handicapées
Service Médico-social Personnes Agées

CERTIFICAT MEDICAL D'AGGRAVATION
A.P.A. A DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service Médico-social Personnes Agées
D.S. 81 - 81013 ALBI CEDEX 9

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint un questionnaire médical concernant votre patient(e). Ayez l'obligeance de le compléter 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.

CADRE A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE	
Je soussigné(e) M né(e) le..... demande à ce que mon dossier d' Allocation Personnalisée d'Autonomie , enregistré sous le numéro de dossier, soit révisé.	
Fait à le	CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION
Signature :	Date d'arrivée :
CADRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT	
PATHOLOGIES PRINCIPALES A L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE	
.....	
MOTIF DE LA DEMANDE D'AGGRAVATION	
.....	
UN EVALUATEUR MEDICO-SOCIAL DOIT-IL SE RENDRE EN PRIORITE AU DOMICILE DE VOTRE PATIENT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, pourquoi ? :	* perte d'autonomie importante <input type="checkbox"/> * isolement social et / ou familial <input type="checkbox"/> * isolement géographique <input type="checkbox"/> * aidant familial malade ou hospitalisé <input type="checkbox"/> * état pathologique de pronostic réservé <input type="checkbox"/> * le plan d'aide mis en place est devenu insuffisant <input type="checkbox"/> * autre
DES PRECAUTIONS PARTICULIERES DOIVENT-ELLES ÊTRE PRISES PAR L'EVALUATEUR QUI SE REND SEUL AU DOMICILE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, pour quel motif ?.....	

SOINS D'HYGIENE

Votre patient a-t-il besoin 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 soins 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

QUELS ASPECTS DU PLAN D'AIDE FINANCES PAR L'A.P.A SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR RENFORCES (SOUS RESERVE DU MONTANT MAXIMUM ATTRIBUABLE) ?

- | | |
|--|--------------------------|
| Services ménagers | <input type="checkbox"/> |
| La garde de jour, aide globale à l'autonomie | <input type="checkbox"/> |
| La garde de nuit | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil de jour | <input type="checkbox"/> |
| Le portage des repas | <input type="checkbox"/> |
| Les aides techniques | <input type="checkbox"/> |
| L'aménagement du logement | <input type="checkbox"/> |

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

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) :

.....@.....

Les médecins du Service Médico-social Personnes Agées sont à votre disposition pour de plus amples informations

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