



CERTIFICAT MÉDICAL A.P.A À DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service Médico-social
Evaluation Accompagnement – Hôtel du Département– 81013 ALBI CEDEX 9



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 d'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 :

Date de naissance :

Adresse actuelle :

.....

Téléphone :

ENVIRONNEMENT

MODE DE VIE

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> En famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> En couple | <input type="checkbox"/> En foyer logement |
| <input type="checkbox"/> En famille | <input type="checkbox"/> Personne âgée isolée |

AIDANT FAMILIAL

OUI

NON

- Risque d'épuisement
- Existence d'une problématique particulière (maladie, hospitalisation, etc...)

.....
.....

INTERVENANTS ACTUELS

- Infirmière (coordonnées) :
- Kinésithérapeute (coordonnées) :
- Hospitalisation à domicile :
- Réseau de soins palliatifs :

PATHOLOGIES

Principales pathologies ayant une répercussion sur la dépendance du patient

ÉTAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic :

.....

Traitement :

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

APPAREIL LOCOMOTEUR

Diagnostic :

.....

	OUI	NON
Déficit membre supérieur gauche		
Déficit membre supérieur droit		
Déficit membre inférieur gauche		
Déficit membre inférieur droit		
Chutes fréquentes		
Station debout pénible		

Estimation périmètre de marche :

Aide technique à la marche :

APPAREIL VISUEL ET AUDITIF

Diagnostic :

.....

	OUI	NON
Déficit visuel après correction		
Déficit auditif appareillé		

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Diagnostic :

Signes fonctionnels retentissant sur la vie courante :

APPAREIL RESPIRATOIRE

Diagnostic :

O₂ :lh/24h

APPAREIL DIGESTIF

Diagnostic :

	OUI	NON
Troubles de la déglutition		
Stomie		
Incontinence anale		

APPAREIL URINAIRE

Diagnostic :

	OUI	NON
Incontinence urinaire		
Dialyse		
Sonde urinaire		

TROUBLES ENDOCRINIENS

Diagnostic :

ÉTAT NUTRITIONNEL ET GÉNÉRAL

Maigrissement (6 derniers mois) :Kg

	OUI	NON
Dénutrition		
Escarres		

SOINS D'HYGIÈNE

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour les soins d'hygiène et de confort ? 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 à domicile (SSIAD) ? OUI NON

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

PLAN D'AIDE

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

QUELS ASPECTS DU PLAN D'AIDE FNANCÉS PAR L'A.P.A SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR RENFORCER (sous réserve du montant maximum attribuable)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Les services ménagers | <input type="checkbox"/> |
| La garde de jour | <input type="checkbox"/> |
| La garde de nuit | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil de jour | <input type="checkbox"/> |
| Le portage de repas à domicile | <input type="checkbox"/> |
| Les aides techniques | <input type="checkbox"/> |
| L'aménagement du logement | <input type="checkbox"/> |
| Les dispositifs de répit de l'aidant | <input type="checkbox"/> |

ÉVALUATION À 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 ?

.....

MÉDECIN TRAITANT

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

Cachet du Médecin

Signature du Médecin :

Téléphone du Médecin :

Courriel du Médecin :@.....

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples informations au 05.67.89.63.41 / 05.63.45.67.25
Par mail : smsea.mda@tarn.fr

CODAGE DES DONNÉES MÉDICALES PAR LE MÉDECIN TERRITORIAL (cadre réservé au service)

- | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALC | <input type="checkbox"/> AUT | <input type="checkbox"/> CIR | <input type="checkbox"/> DIA | <input type="checkbox"/> ESC | <input type="checkbox"/> IAT | <input type="checkbox"/> OBE | <input type="checkbox"/> SUR |
| <input type="checkbox"/> ALZ | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> DEB | <input type="checkbox"/> DIO | <input type="checkbox"/> EMB | <input type="checkbox"/> ICA | <input type="checkbox"/> PAR | <input type="checkbox"/> TRP |
| <input type="checkbox"/> AMP | <input type="checkbox"/> BPC | <input type="checkbox"/> DEM | <input type="checkbox"/> DMLA | <input type="checkbox"/> FRA | <input type="checkbox"/> INR | <input type="checkbox"/> SEP | |
| <input type="checkbox"/> ARP | <input type="checkbox"/> CEC | <input type="checkbox"/> DEN | <input type="checkbox"/> DPC | <input type="checkbox"/> FUG | <input type="checkbox"/> ISC | <input type="checkbox"/> SLA | |
| <input type="checkbox"/> ART | <input type="checkbox"/> CHU | <input type="checkbox"/> DEP | <input type="checkbox"/> EDE | <input type="checkbox"/> GAB | <input type="checkbox"/> NEO | <input type="checkbox"/> STO | |