



POLE DES SOLIDARITÉS
Direction PA-PH
Unité Médicale
☎ 04.68.11.63.22

Mon cher confrère,

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Département de l'Aude.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical qui est à joindre à sa demande.

L'évaluation médicale sera réalisée par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire, astreint au secret médical et qui participe à l'élaboration du plan d'aide personnalisé.

Le Médecin coordonnateur

CERTIFICAT MÉDICAL

d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

NOM :

Prénom :

Nom d'Usage : **Nom de Famille** :

Prénom : **Date de naissance** :

Adresse :

Poids : **Taille** :

Principales Affections en cours présentées par le patient :

Traitement actuel :

Médicamenteux

Soins infirmiers ou par un SSIAD (type et fréquence d'intervention)

Principaux antécédents médico-chirurgicaux :

Estimation du périmètre de marche :

Quelle vous paraît être la réponse la plus adaptée au degré de dépendance présenté par votre patient (surveillance permanente ou intermittente, aide à domicile, soutien familial ...) ?

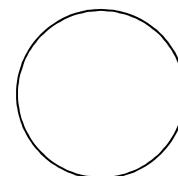
AUTONOMIE :

Mettre une croix sur l'échelle selon l'importance de la difficulté de votre patient à exécuter les actes suivants :

	Fait Seul	Fait avec aide	ne fait pas du tout
<input type="checkbox"/> Comportement logique			
<input type="checkbox"/> Se repère dans le temps et dans l'espace			
<input type="checkbox"/> Se lève (d'un siège, du lit), se couche			
<input type="checkbox"/> Se déplace (avec une canne, un déambulateur)			
<input type="checkbox"/> Va au WC			
<input type="checkbox"/> Fait sa toilette (haut et bas)			
<input type="checkbox"/> S'habille, se déshabille			
<input type="checkbox"/> Se sert et mange			

Le patient souhaite-t-il que les conclusions soient envoyées à son médecin traitant à l'issue de la commission sociale ?

- OUI NON



Cachet Signature
(indispensable)

Date :

N° de téléphone du médecin traitant :

.....