

**Allocation
Personnalisée
d'Autonomie**



Certificat



Médical

Cher confrère,

Votre patient(e) a déposé une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel, en joignant tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Pour l'élaboration de son plan d'aide qui tient compte des besoins de votre patient mais également de son environnement, je pourrais être amené à vous contacter.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au secret professionnel. (Article 378 du Code Pénal)

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'accepter mes confraternelles salutations.

Le médecin de l'équipe médico-sociale

Identification du demandeur

Nom Prénom Date de naissance / /

Adresse

.....
.....

Poids :

Taille :

Diagnostic principal motivant la demande

.....
.....
.....
.....

Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie

.....
.....
.....
.....
.....

Traitements en cours

.....
.....
.....
.....

Le traitement est :

- pris de façon autonome préparé par l'entourage (préciser si IDE) donné par entourage

Vue : normale corrigée non corrigée

Audition : normale surdité appareillée surdité non appareillée

Cohérence

Réponse adaptée aux questions oui non

Bonne capacité de raisonnement oui non

Bonne capacité de jugement oui non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition), lesquels.....

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri) lesquels.....

Orientation dans le temps bien orientée troubles mineurs troubles majeurs

Orientation dans l'espace bien orientée troubles mineurs troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) :

Déplacements dans le domicile

Son périmètre de marche est estimé à : mètres

Seul (e) avec ou sans aide technique (canne, déambulatoire, fauteuil roulant) : entourer la ou les mentions utiles.

Déplacements accompagné par un tiers

Déambulation diurne / nocturne : entourer la ou les mentions utiles.

Confiné (e) au lit

Alimentation

Votre patient (e) présente-t-il (elle) un risque de fausse route avéré oui non

Incontinence urinaire oui non

Porteur de stomie urinaire change sa poche sans aide

Dialyse

Incontinence fécale oui non

Porteur de stomie change sa poche sans aide

 l ments importants

Insuffisance cardiaque sévère avec dyspnée au moindre effort oui non

Assistance respiratoire avec oxygénothérapie continue oui non

Dysarthrie oui non Aphasie oui non

Votre patient a-t-il bénéficié d'un bilan gériatrique oui non en cours

Lieu du bilan :

Autres éléments à porter à la connaissance de l'équipe médico-sociale

.....
.....
.....

Aides existantes

- Aides à domicile
- Infirmières
- Kinésithérapeutes
- Portage de repas
- Télé-alarme
- Aidants familiaux

Autres :



Date

Signature et cachet du médecin

EVALUATION DE L'AUTONOMIE GRILLE NATIONALE AGGIR

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...)

CAPACITES DE REALISATION DE LA PERSONNE SEULE

Ne fait pas du tout = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.

Si la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les suivantes.

Fait, mais pas Spontanément (S)

Fait, mais pas Totalement (T)

Fait seule = en complète autonomie.

Fait, mais pas Correctement (C)

Fait, mais pas Habituellement (H)

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
		S	T	C	H	
Prénom :						
1. TRANSFERTS (<i>se lever, se coucher, s'asseoir</i>)						
2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR						
3. TOILETTE Haut						
Bas						
4. HYGIENE DE L'ELIMINATION Urinaire						
Fécale						
5. HABILLAGE, DESHABILLAGE Haut						
Moyen						
Bas						
6. CUISINER (<i>préparer les repas</i>)						
7. ALIMENTATION Se Servir						
Manger						
8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL						
9. MENAGE (<i>effectuer les travaux ménagers courants</i>)						
10. ALERTER (<i>avec téléphone, alarme, sonnette...</i>)						
11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR						
12. TRANSPORTS (<i>déplacements collectif ou individuel</i>)						
13. ACTIVITES (<i>pratique volontaire, seule ou en groupe</i>)						
14. ACHATS (<i>acquisition volontaire de biens</i>)						
15. GESTION (<i>administrative et financière</i>)						
16. ORIENTATION Se repérer dans le temps						
Se repérer dans l'espace						
17. COHERENCE Communication						
Comportement						

Grille remplie : À domicile

Au cabinet

En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation :

Cachet et signature

