

CERTIFICAT MÉDICAL ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

Document à adresser **sous pli confidentiel** à l'adresse suivante :

Département de la Sarthe
A l'attention du médecin
Service Accompagnement médico-social des personnes
2 rue des Maillets – Annexe de la Croix de Pierre – 72072 LE MANS Cedex 9

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom
Prénom Né(e) le/...../.....
Adresse du lieu de vie habituel (y compris détails permettant de trouver plus facilement)
.....
CP..... Ville..... ☎
Date d'entrée dans le lieu de vie habituel/...../.....

PERSONNE À CONTACTER (famille ou représentant légal)

Nom..... Prénom.....
Adresse
CP..... Ville.....
☎..... Courriel.....@.....

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

➡ PRINCIPAUX ÉTATS PATHOLOGIQUES / DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

➡ MÉDICAMENTS (ou joindre l'ordonnance en cours)

➡ AVENIR ENVISAGÉ, NATURE DES AIDES OU AMÉNAGEMENTS PROPOSÉS ...

INCONTINENCE

NON OUI protections

TRANSFERTS / DÉPLACEMENTS

canne déambulateur fauteuil roulant chaussures orthopédiques lève-malade
 lit médicalisé avec barrières et/ou potence siège de bain pivotant disque de transfert
 nécessité d'accompagnement par un tiers : occasionnelle systématique
 oxygénothérapie lors déplacement
 périmètre de marche :

ALIMENTATION

pauvre en sucre pauvre en sel mixée hachée liquide ou semi-liquide

MALVOYANCE SÉVÈRE

NON OUI acuité visuelle avec correction, OD : OG :

HYPOACOUSIE

NON OUI appareillée OUI NON

AIDES DÉJÀ EN PLACE ou CONSEILLÉES

IDE kiné auxiliaire de vie ergothérapeute aide-soignante
 suivi psychiatrique

REMARQUES

risque de chute habitat non adapté isolement familial

AUTRE :

MMS ou autre évaluation des fonctions cognitives

.....

HÉBERGEMENT

accueil de jour souhaité mis en place

GRILLE AGGIR (à remplir par le médecin) (décret n° 2008-821 du 21 août 2008)

	Fait seul	*ne fait pas				**ne fait pas du tout seul
		S	T	C	H	
1. Cohérence : communication	<input type="checkbox"/>					
Cohérence : comportement	<input type="checkbox"/>					
2. Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>					
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
3. Toilette du haut	<input type="checkbox"/>					
Toilette du bas	<input type="checkbox"/>					
4. Habillage du haut	<input type="checkbox"/>					
Habillage moyen	<input type="checkbox"/>					
Habillage du bas	<input type="checkbox"/>					
5. Alimentation : se servir	<input type="checkbox"/>					
Alimentation : manger	<input type="checkbox"/>					
6. Élimination urinaire	<input type="checkbox"/>					
Élimination fécale	<input type="checkbox"/>					
7. Transferts	<input type="checkbox"/>					
8. Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>					
9. Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>					
10. Alerter	<input type="checkbox"/>					
11. Gestion	<input type="checkbox"/>					
12. Cuisine	<input type="checkbox"/>					
13. Ménage	<input type="checkbox"/>					
14. Transports	<input type="checkbox"/>					
15. Achats	<input type="checkbox"/>					
16. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>					
17. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>					

Noircir la ou les case(s) correspondante(s) :

*Ne fait pas :

S - Spontanément

T - Totalemment

C - Correctement

H - Habituellement

**Ne fait pas du tout :

Il faut faire à la place, ou «faire faire», ou tout refaire.

GIR :

Certificat rempli le

Par Docteur

Courriel :

(cachet et signature du médecin obligatoires)