

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**Allocation Personnalisée d'Autonomie**  
à joindre dans l'enveloppe destinée à cet effet

Cher Confrère,

Afin de répondre au mieux à la demande d'APA de votre patient, je vous remercie de remplir ce certificat et le remettre cacheté à mon attention.

Ce certificat est soumis aux règles du secret médical.

Votre patient l'adressera avec sa demande d'APA.

En vous remerciant, je vous adresse, Cher Confrère, mes salutations confraternelles.

Le Médecin de l'équipe  
médico sociale

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM de la personne : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

## DONNÉES MÉDICALES

Pathologie(s) principale(s) responsable(s) de la perte d'autonomie :

- .....
- .....
- .....

**Éléments importants associés :**

- Amaigrissement, dénutrition
- Chutes, troubles de l'équilibre
- Troubles auditifs       Troubles visuels
- Troubles cognitifs       Troubles du comportement
- Autres (préciser) : .....

.....

## INTERVENANTS ACTUELS

- Soins infirmiers techniques
- Soins infirmiers de nursing
- Kinésithérapeute
- Autres (préciser : ergothérapeute, orthophoniste, accueil de jour, MAIA ...) :

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

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE - GRILLE AGGIR

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèses,...)

ACTIVITE	A	B	C
<b>TRANSFERT :</b>			
se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR :</b>			
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (cocher B si déambulation)			
<b>TOILETTE : assurer son hygiène corporelle</b>			
HAUT > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs			
BAS > régions intimes, membres inférieurs, pieds			
<b>ELIMINATION : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination</b>			
URINAIRE > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
FÉCALE > assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
<b>HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter</b>			
HAUT > vêtements passés par les bras et/ou la tête			
MOYEN > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture, bretelles, fermeture éclair, pression			
BAS > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures			
<b>ALIMENTATION :</b>			
SE SERVIR > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule ...			
MANGER > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route			
<b>ALERTER :</b>			
utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin			
<b>DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR :</b>			
se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue			
<b>ORIENTATION :</b>			
orientation dans le temps			
orientation dans l'espace			
<b>COHERENCE : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée</b>			
communication			
comportement			

GUIDE DE REMPLISSAGE
<b>Cocher A</b>
s'il fait seul : spontanément et totalement et correctement et habituellement
<b>Cocher B</b>
s'il fait seul : non spontanément et/ou partiellement et/ou non correctement et/ou non habituellement
<b>Cocher C</b>
s'il ne fait pas : s'il faut faire à sa place ou faire faire ou tout refaire
.....
spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler
totalement : toute l'activité
correctement : à bon escient et de façon adaptée aux usages et à la sécurité de soi et des autres
habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

## **PRIORITES à mettre en oeuvre pour aider votre patient à domicile**

(en complément le cas échéant de ce qui relève de votre prescription : soins infirmiers, lit médicalisé, fauteuil roulant ...)

Auxiliaire de vie

Aide ménagère

Adaptation de logement (préciser) : .....  
.....  
.....

Protection pour incontinence

Téléalarme

Autres informations ou suggestions qui vous semblent utiles :

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

Le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin

Téléphone : .....