



HAUTE-GARONNE
CONSEIL GENERAL

Cher confrère,

Ce certificat est destiné à faciliter la demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie déposée par votre patient. Il me sera adressé sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe pré-identifiée avec le dossier de demande.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Le Médecin des Actions Sanitaires

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
CERTIFICAT MEDICAL

Nom Prénom Date de naissance

Adresse :

..... Téléphone

Si besoin, personne à contacter

..... Téléphone

ETAT GENERAL

Poids kg Taille Amaigrissement kg en mois

ETAT COGNITIF ET PSYCHO-COMPORTEMENTAL

Pathologies*

Démence (Alzheimer ou vasculaire) Dépression

Psychose maniaco-dépressive Schizophrénie

Névrose Alcoolisme

Autres

OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désorientation temporo-spatiale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles praxiques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation / Agressivité / Fugue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etat dépressif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres symptômes psychiatriques

* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

FONCTION LOCOMOTRICE

Pathologies*

- AVC Arthrose
- Rhumatisme inflammatoire Fracture du col du fémur récente
- Fracture vertébrale récente Amputation
- Autres

OUI NON

Déficience fonctionnelle

COMMENTAIRES

- Membre supérieur droit
- Membre supérieur gauche
- Membre inférieur droit
- Membre inférieur gauche

AIDE AUX DEPLACEMENTS

- Canne Fauteuil roulant
- Déambulateur Tierce personne

ETAT NEUROLOGIQUE

Pathologies*

- AVC Maladie dégénérative
- Parkinson Epilepsie
- Hydrocéphalie Tumeur bénigne
- Néoplasie
- Autres

OUI NON

COMMENTAIRES

- Aphasie
- Troubles de l'équilibre, chutes
- Tremblements
- Troubles moteurs sensitifs

ETAT SENSORIEL

Pathologies*

- Glaucome Cataracte
- Dégénérescence maculaire
- Autres

OUI NON

COMMENTAIRES

- Déficience sévère de la vision
- Déficience sévère de l'audition
- Appareillage

* Cocher la mention utile, pour les pathologies préciser si possible la date du diagnostic et le retentissement au quotidien.

ETAT CARDIO-RESPIRATOIRE

Pathologies*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Ischémie myocardique | <input type="checkbox"/> Valvulopathie |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme et de la conduction |
| <input type="checkbox"/> Pathologie veineuse | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Asthme |
- Autres

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dyspnée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oxygénothérapie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Périmètre de marche |

FONCTION DIGESTIVE

Pathologies*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colopathie | <input type="checkbox"/> Ethylisme |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Hépatite chronique |
| <input type="checkbox"/> Pathologie gastrique | <input type="checkbox"/> Néoplasie |
- Autres

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles mastication/déglutition |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du transit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence anale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomie |

FONCTION URO GENITALE

Pathologies*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatique | <input type="checkbox"/> Périnéale |
| <input type="checkbox"/> Gynécologique | |
- Autres

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pollakiurie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence nocturne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinence diurne |

AUTRES*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dénutrition | Pathologies cutanées |
| <input type="checkbox"/> Déshydratation | <input type="checkbox"/> Escarres |
| Autres pathologies | <input type="checkbox"/> Ulcères |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Tumeurs |
| <input type="checkbox"/> Obésité | |
| <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie | |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | |

EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Aide pour les actes ménagers **UNIQUEMENT**
- Aide pour **CERTAINS** actes essentiels de la vie quotidienne. Lesquels ?*
- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Habillage | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Elimination | <input type="checkbox"/> Transferts | <input type="checkbox"/> Déplacements |
- Dément déambulant
- Confiné au lit ou au fauteuil

AIDES EXISTANTES

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> IDE | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère | Périodicité |
| <input type="checkbox"/> Autres | Périodicité |

TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS EVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissement : dans ce cas joindre la grille AGGIR au dossier médical.

Date Téléphone

Cachet et signature

* Cocher la mention utile.