



CERTIFICAT MÉDICAL

À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE : DGISS - DA - SPI
PÔLE APA - 64 RUE ANITA CONTI - 56 000 VANNES
À REMETTRE AU MÉDECIN SOUS PLI CONFIDENTIEL
À L'ATTENTION DU MÉDECIN ÉVALUATEUR

Docteur,

Votre patient a déposé une demande auprès du Département (APA, aide-ménagère/ portage de repas, dérogation d'âge, entrée dans un dispositif spécifique...).

Pour permettre d'apprécier au mieux ses besoins, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre **sous pli confidentiel**. Ce document est particulièrement nécessaire en cas de première demande pour connaître votre patient.

Si vous le souhaitez et pour éviter un retranscription des informations, vous pouvez transmettre la copie du certificat médical que vous auriez complété pour un dossier d'admission en EHPAD ou pour une demande auprès de la MDPH, ou bien un extrait de votre dossier médical reprenant les différents items.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient.

Confraternellement

Le médecin évaluateur des prestations individuelles
(DIRECTION GÉNÉRALE DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES)

Madame Monsieur

Nom d'épouse : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

// **PATHOLOGIE(S) PRINCIPALE(S) RESPONSABLE(S) DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT**

(précisez la date d'apparition)

•
•

// **AUTRE(S) PATHOLOGIE(S) OU DÉFICIENCE(S) ASSOCIÉE(S)**

•
•
•
•

Déficiência visuelle : oui non Déficiencia auditiva : oui non Poche de colostomie : oui non

Sonde urinaire : oui non Fausse(s) route(s) : oui non Sonde d'alimentation : oui non

Oxygénothérapie : oui non

Poids : _____ Taille : _____

// **QUEL TYPE D'AIDE AVEZ-VOUS MIS EN ŒUVRE POUR VOTRE PATIENT**

fauteuil roulant canne(s) déambulateur kinésithérapie soins de nursing

suivi spécialisé : _____ autre : _____

// **DEPLACEMENTS**

Périmètre de marche : < 200 m > à 200m

Station debout pénible : oui non

// TRAITEMENT MÉDICAL (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

-
-
-
-

// VOTRE PATIENT A-T-IL BESOIN DE L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE OU D'UNE STIMULATION POUR EFFECTUER LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ?

	TIERCE PERSONNE		STIMULATION		Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Se lever du lit et/ou se coucher	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Marcher dans son logement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Gérer la propreté de l'élimination	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

// VOTRE PATIENT PEUT-IL RÉALISER SEUL LES ACTES SUIVANTS ?

	OUI	NON	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire la cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

// VOTRE PATIENT PRÉSENTE-T-IL LES TROUBLES SUIVANTS ?

		OUI	NON	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MMS (si connu)/30	Troubles pratique/gnosique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation temporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes psycho- comportementaux	Délire/Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du comportement Agitation, agressivité, cris, désinhibition, déambulation ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (troubles du sommeil, des conduites alimentaires...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et, le cas échéant, sur son maintien à domicile :

Date : _____
Cachet et signature du médecin