



CERTIFICAT MEDICAL
A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL
A L'ATTENTION DU MEDECIN EVALUATEUR

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 vous éviter une retranscription des informations, vous pouvez transmettre la copie du certificat médical que vous auriez déjà 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 du service du conseil et de l'évaluation médicale et médico-sociale
(DIRECTION GENERALE 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)

-
-
-
-

Déficience visuelle : OUI NON

Déficience auditive : OUI NON

Poche de colostomie : OUI NON

Sonde urinaire : OUI NON

Fausse(s) route(s) : OUI NON

Sonde d'alimentation : 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.....

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	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Marcher dans son logement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Gérer la propreté de l'élimination	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
S'habiller, se déshabiller	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Manger	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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
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