

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### Certificat médical confidentiel

à remplir par le médecin traitant désigné par la personne et à mettre sous pli cacheté.

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : ..... Sexe  (homme : 1 - femme : 2)

Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : .....

La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie :  (oui : 0 - non : N)

La personne bénéficie-t-elle d'une allocation tierce personne :  (oui : 0 - non : N)

La personne est-elle sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice :  (oui : 0 - non : N)

### SITUATION SOCIALE ET MÉDICALE

Contexte social :  1 : totalement seule - 2 : seule mais entourée - 3 : en couple - 4 : accueillie -  
5 : autre, précisez .....

La personne bénéficie-t-elle d'un passage infirmier :  (oui : 0 - non : N)

Lequel ? : |\_|\_|\_|\_| infirmière libérale : LI - service de soins infirmiers à domicile : SI -  
hospitalisation à domicile : HAD)

Nombre de passages quotidiens : |\_|\_|

Autre soins (paramédicaux, lesquels ?) : .....

### LES PATHOLOGIES

#### Les pathologies nécessitant une surveillance et un traitement

1 : pathologie aiguë - 2 : pathologie chronique ou stabilisée - 3 : phase terminale d'une affection

Évolutivité

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....

Traitement actuel : .....

.....

**PRÉCISIONS CONCERNANT L'ÉTAT DE DÉPENDANCE**

**Nous souhaiterions avoir votre avis sur l'autonomie de votre patient(e) selon la grille A.G.G.I.R. :**

**A** : fait seul totalement habituellement et correctement ; **B** : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ; **C** : ne fait pas du tout

Appréciation sur ses capacités et sur les actes qu'il peut réaliser	A	B	C
<b>COHÉRENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée			
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
<b>TOILETTE</b> : concerne l'hygiène corporelle			
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage			
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés			
<b>ÉLIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale			
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>DÉPLACEMENTS À L'INTERIEUR</b> : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
<b>COMMUNICATION À DISTANCE</b> : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme, ..			
<b>SUIVI DU TRAITEMENT</b>			
<b>ACTIVITÉS MÉNAGÈRES</b> : ménage, préparation des repas, ...			

Votre avis sur l'évolution de l'état de dépendance du patient, précisez : .....

.....

.....

.....

Signature

Cachet

Date