



Département de l'Indre

Direction de la Prévention et du Développement Social

Maison Départementale de la Solidarité

Service Prévention & Conseil Médical

Centre Colbert - Bâtiment E - 4 rue Eugène Rolland

BP 601 - 36020 Châteauroux cedex

Tél : 02 54 08 37 39

à domicile

en établissement

(cocher la case correspondante)

## Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.36)

### CERTIFICAT MEDICAL

*(à remettre sous pli confidentiel)*

Chère Consœur, Cher Confrère,

L'A.P.A. 36 est une prestation en nature, versée à domicile ou en établissement, pour les personnes dépendantes âgées de plus de soixante ans, instruite et financée par le Conseil départemental.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, le niveau de dépendance du demandeur sera évalué à l'aide d'un certificat médical établi par le médecin traitant pour une APA à domicile ou d'une grille AGGIR établi en établissement par le médecin coordonnateur.

La visite d'une assistante sociale spécialisée et/ou d'une infirmière complètera cette évaluation à domicile."

Si l'intéressé le souhaite, en tant que médecin traitant, vous pouvez être présent à cette visite.

Je me tiens à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous prie de croire, Chère Consœur, Cher Confrère, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Médecin Conseil,

**Etat civil**

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse du domicile ou de l'établissement : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date d'entrée en établissement : .....

Hébergement : permanent  temporaire **Diagnostic principal et traitement motivant la demande :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DESCRIPTION DES PATHOLOGIES ET DES DÉFICIENCES** (complétez les rubriques concernant votre patient)

Pour chaque pathologie, décrire la nature des troubles, leur fréquence, leur évolution prévisible, les contraintes liées au traitement (fréquence des hospitalisations, rééducations spécialisées)

**PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE, INTELLECTUELLE ET/OU DU PSYCHISME ET/OU DU COMPORTEMENT ET/OU DU LANGAGE :**

A.V.C., Parkinson, épilepsie, troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, du comportement, dysarthrie, aphasie, agressivité, déambulation.

.....

.....

.....

**PATHOLOGIES SENSORIELLES : VISION - AUDITION :****Etiologie :** ..... Cécité : .....  oui  nonAmélioration par traitement chirurgical : .....  oui  non

Troubles associés : .....

Surdité : .....  oui  nonAppareillage : .....  oui  non - si oui, est-il adapté ?  oui  non

Troubles associés (acouphènes, vertiges) : .....

**PATHOLOGIES DIGESTIVES :**

Etat buccodentaire : .....

Troubles de la déglutition, troubles du transit, troubles hépatiques, troubles pancréatiques :

Stomie : .....

Type d'alimentation (hachée, mixée,...) : .....

***PATHOLOGIES MÉTABOLIQUES, ENZYMATIQUES, VARIATION DE POIDS :***

(diabète, obésité) : .....

***PATHOLOGIES URO-NEPHROLOGIQUES :***

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne) : .....

Sonde : oui  non  Protection : oui  non

Dialyse : oui  non  Fréquence hebdomadaire : ..... Greffe : oui  non

***PATHOLOGIES LOCOMOTRICES :***

Préciser la localisation, le type de troubles, : .....

.....

Préciser l'appareillage, l'aide technique : .....

***PATHOLOGIE IMMUNITAIRE ET HÉMOTOPOITIQUE :***

(anémie) .....

Répercussion sur l'état général et psychique : .....

***PATHOLOGIES DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE :***

(Insuffisance cardiaque, asthme, B.P.C.O. - infarctus...)

Signes fonctionnels : .....

O<sup>2</sup> : .....

***INTERVENTIONS NÉCESSAIRES AU MAINTIEN DE LA PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE :***

(infirmière libérale, S.S.I.A.D., aide à domicile ...)

.....

.....

Fréquence souhaitable : .....

.....

***DES INTERVENTIONS PARAMÉDICALES ONT-ELLES ÉTÉ PRESCRITES ?***

(infirmières pour soins, toilette, mobilisations, kinésithérapeutes, autres...)

.....

.....

***DES AIDES TECHNIQUES ONT-ELLES ÉTÉ PRESCRITES ?***

(déambulateur, lit médicalisé, siège douche, fauteuil...)

.....

.....

***AUTRES AIDES SOUHAITABLES :***

(aménagement de l'habitat, téléalarme, portage des repas à domicile)

.....

.....

## CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES : ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE - GRILLE AGGIR

Elle est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

- A** : fait seul totalement, habituellement, correctement.  
**B** : fait partiellement, non habituellement, non correctement.  
**C** : ne fait pas.

En établissement la grille sera réalisée avec l'équipe médico-sociale.		A-B-C (médecin traitant)	A-B-C (équipe médico-sociale)
<b>COHÉRENCE</b>	- communication, converser - comportement		
<b>ORIENTATION</b>	- dans le temps - dans l'espace		
<b>TOILETTE</b>	HAUT - visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage BAS - membres inférieurs, pieds, régions intimes		
<b>HABILLAGE, DESHABILLAGE, PRÉSENTATION</b>	HAUT - vêtements passés par les bras et/ou la tête MOYEN - fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions BAS - vêtements passés par le bas du corps y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
<b>ALIMENTATION</b>	SE SERVIR - couper la viande, peler un fruit, remplir son verre MANGER - manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler		
<b>ÉLIMINATION</b>	URINAIRE - assumer l'hygiène de l'élimination urinaire FÉCALE - assumer l'hygiène de l'élimination fécale		
<b>TRANSFERTS</b>	se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR</b>	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
<b>DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR</b>	à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
<b>COMMUNICATION À DISTANCE</b>	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

### APA à domicile

A ..... le .....

Signature et cachet du médecin traitant

### APA en établissement

A ..... le .....

Signature et cachet  
du médecin coordonnateur de l'EHPAD