



A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur,

Votre patient a déposé une demande d'allocation personnalisée à l'autonomie. Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre **sous pli confidentiel**.

Pour l'élaboration de son plan d'aide qui tient compte également de l'environnement et de ses besoins, je pourrais être amené à vous contacter.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au **secret professionnel**.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient et vous prie d'agréer, Docteur, à l'expression de mes sincères salutations

Le médecin de l'équipe médico-sociale

NOM - Prénom :

date de naissance :...../...../.....

Commune de résidence :

Poids : Taille :

ATCD médicaux (y compris psychiatrique):

ATCD chirurgicaux :

Traitement en cours :

Le traitement

est pris de façon autonome

préparé par l'entourage (préciser si IDE)

donné par l'entourage

Vue : normal

corrigée

non corrigée

Audition : normal

surdité appareillée

surdité non appareillée

Cohérence

Réponse adaptée aux questions : oui non

Bonne capacité de raisonnement : oui non

Bonne capacité de jugement : oui non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, Opposition....), lesquels :

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri....)
lesquels :

Orientation dans le temps

Bien orientée

Troubles mineurs

Troubles majeurs

Orientation dans l'espace

bien orientée

troubles mineurs

troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) :

Déplacement dans le domicile

Seul (e) avec ou sans aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) *(entourer la (les) mention(s) utile(s))*

Déplacement accompagné par un tiers

Déambulation diurne/nocture *(entourer la (les) mention(s) utile(s))*

Confiné (e) au lit

Alimentation votre patient(e) présente t'il (elle) un risque de fausse route avéré oui non

Incontinence urinaire

non

oui

Sonde urinaire* vide sa poche seul(e)*

Incontinence fécale

non

oui

Stomie* change sa poche seul (e)*

* cocher si « oui »

Certificat complété par (apposez votre cachet)

A la date du :...../...../.....

Votre appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et sur son maintien à domicile :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

signature :

Le GIR (Groupe Iso Ressources) détermine le degré de dépendance

Un professionnel médico-social du Conseil départemental se rend au domicile de la personne âgée pour évaluer son degré d'autonomie et établir un plan d'aide.

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un groupe iso-ressources (GIR).

Il en existe 6, seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

- GIR 1** s'applique aux personnes extrêmement dépendantes qui ont perdu toute autonomie physique et mentale et pour lesquelles la présence permanente d'intervenant est nécessaire.
- GIR 2** s'applique aux personnes très fortement dépendantes qui ne peuvent plus se déplacer mais dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et à celles qui, à l'inverse, ont conservé leurs capacités motrices mais ont perdu leur autonomie mentale
- GIR 3** s'applique aux personnes fortement dépendantes qui nécessitent des aides quotidiennes importantes pour préserver leur autonomie.
- GIR 4** s'applique aux personnes sans problèmes moteurs mais qui ont besoin d'une aide pour se lever, s'habiller ou s'alimenter.
- GIR 5** s'applique aux personnes faiblement dépendantes qui n'ont besoin que d'une aide ponctuelle.
- GIR 6** s'applique aux personnes non dépendantes qui sont totalement autonomes pour les actes de la vie courante.

**CERTIFICAT MEDICAL A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT
DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
A DOMICILE**

Nom

Prénom(s)

Commune de résidence

Né(e) le

Poids : Taille :

ATCD médicaux (y compris psychiatriques):

.....
.....
.....

ATCD chirurgicaux :

.....
.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....

Le traitement est pris de façon :

- Autonome Préparé par l'entourage (préciser si IDE) Donné par l'entourage

Vue : Normale Corrigée Non corrigée

Audition : normale Surdité appareillée surdité non appareillée

Cohérence

Réponse adaptée aux questions : Oui Non

Bonne capacité de raisonnement : Oui Non

Bonne capacité de jugement : Oui Non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition...), lesquels :

.....
.....

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri...), lesquels :

.....
.....
.....

Orientation dans le temps

- Bien orientée
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Orientation dans l'espace

- Bien orientée
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu)

Déplacement dans le domicile

- Seul(e) avec ou sans aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) (entourer la (les) mention(s) utile(s))
- Déplacement accompagné par un tiers
- Déambulation diurne/nocture (entourer la (les) mention(s) utile(s))
- Confiné(e) au lit

Alimentation

Votre patient(e) présente-t-il (elle) un risque de fausse route avéré oui non

Incontinence urinaire

- Oui
- Non
- Sonde urinaire*
- Vide sa poche seul(e)*

Incontinence fécale

- Oui
- Non
- Stomie*
- Change sa poche seul(e)*

*cocher si « oui »

Votre appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et sur son maintien à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat complété par (apposez votre cachet) :

A la date du :

Signature :