

A remplir à l'encre noire

**Département de la Haute-Savoie
Direction de l'Autonomie - Unité APA
1, avenue d'Albigny
CS 32444
74041 Annecy cedex**

Nom :
Prénom :
Commune :

Madame, Monsieur,

Votre patient formule une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui est attribuée sous condition d'âge et de dépendance, évaluée grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources).

Depuis 2002, date de la mise en place de l'APA, le Département de la Haute-Savoie a souhaité associer les médecins traitants à l'instruction de ces demandes concernant le domicile, en recueillant leur évaluation et leur avis grâce à l'établissement d'un certificat médical pour les patients qu'ils suivent.

C'est pourquoi votre patient vous remet ce certificat à remplir par vos soins.

Afin d'améliorer notre collaboration nous vous remercions de compléter la grille AGGIR (2008) dans son intégralité. Nous aurons ainsi une vision plus précise de la dépendance de votre patient.

Pour mémoire, les modalités de votre participation à ce dispositif sont déterminées par une convention signée avec les représentants syndicaux des médecins. Votre intervention est rémunérée par le Département de la Haute-Savoie, à qui vous voudrez bien retourner le formulaire de paiement joint.

ÉTAT CIVIL —

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

PATHOLOGIES —

Antécédents médicaux et chirurgicaux datés :

.....

.....

.....

Pathologie principale à l'origine de la perte d'autonomie :

.....

.....

.....

Autres pathologies :

.....

.....

DÉFICIENCES DU PSYCHISME —

Troubles de la mémoire Oui Non

Troubles de l'humeur Oui Non

Troubles de l'orientation temporo-spatiale Oui Non

Troubles du comportement Oui Non

Types de troubles présentés (fugue, agitation, cris, apathie, déambulation) Oui Non

Résultat d'un M.M.S récent si effectué :

Autres tests :

.....

Votre patient peut-il rester à son domicile sans se mettre en danger ? Oui Non

- de nuit Oui Non

- de jour Oui Non

Si oui, pendant combien de temps ?

.....

DÉFICIENCE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE —

Le patient a-t-il des difficultés à parler Oui Non

Le patient a-t-il des difficultés à comprendre Oui Non

Autres renseignements :

DEFICIENCES SENSORIELLES TENANT COMPTE D'UNE CORRECTION ÉVENTUELLE (appareillage) —

Audition Normale Mauvaise Surdité
Appareillage porté Oui Non

Vision Normale Mauvaise C civit 
Appareillage porté Oui Non

DÉFICIENCES DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRES —

Signes fonctionnels

Cardio (ex : hypotension orthostatique, etc.) :

Respiratoire (dyspnée, etc.) :

Signes de décompensation cardiaque :

Oxygénothérapie (préciser le nombre d'heures par jour) :

Autres renseignements :

DÉFICIENCES DE LA FONCTION DIGESTIVE —

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie :

 tat nutritionnel : Poids : kg. Taille : m

 tat cutané :

Amaigrissement récent Oui Non

Repas mix  Oui Non

Autres renseignements :

DÉFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR —

Déficiences locomotrices

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Troubles de l'équilibre

Station unipodale supérieure à 5 s Oui Non

Chutes   répétition Oui Non

Lever d'une chaise sans l'appui des bras Oui Non

Présence de tremblements Oui Non

Aides techniques Canne Déambulateur Fauteuil roulant

DÉFICIENCES DE LA CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Miction et défécation normales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Incontinence urinaire et fécale occasionnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Incontinence urinaire et fécale permanente (sonde, poche) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Port de protections | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Acceptation des protections | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Autres renseignements :

.....

.....

.....

TRAITEMENT MÉDICAL PRESCRIT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AVIS DU MÉDECIN SUR LES BESOINS ACTUELS DE LA PERSONNE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AVIS DU MÉDECIN CONCERNANT L'AIDE À LA PERSONNE

- La toilette et l'hygiène de l'élimination relèvent-elles d'une prescription médicale ?
- Oui Non
- Si oui, avez-vous réalisé la prescription de :
- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - démarches de soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - prise en charge par un SSIAD | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Date

Nom et signature du médecin