



CERTIFICAT RELATIF A LA DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE A DOMICILE

*Descriptif des incapacités destiné à l'équipe Médico-Sociale
(Infirmière/Assistante sociale) chargée de l'instruction*

Madame, Monsieur,

Afin d'instruire votre demande d'allocation personnalisée à l'autonomie, nous vous remercions de bien vouloir faire renseigner, par votre médecin, **ce document facultatif destiné à l'infirmière et à l'assistante sociale** en charge de l'instruction du dossier, et de le joindre sous pli cacheté portant la mention « **confidentiel** » à votre dossier de demande. Ce document ne doit pas déclencher de visite spécifique auprès de votre médecin traitant, et son absence ne doit en rien retarder l'envoi de votre dossier au centre APA.

L'ensemble du personnel chargé d'instruire cette demande est soumis au secret professionnel. Cependant afin de respecter le secret médical tout en permettant à l'équipe médico-sociale de disposer d'un outil supplémentaire pour l'évaluation de votre perte d'autonomie, les éléments que votre médecin communiquera aideront à l'appréciation de votre degré d'autonomie, de votre besoin d'aide et/ou de surveillance et à l'élaboration d'un plan d'aide au plus près de vos besoins. **Le ou les diagnostics, les résultats d'examens complémentaires, les thérapeutiques prescrites ne sont donc pas à mentionner.**

Conformément à l'article R.232-7 du code de l'action sociale et des familles, votre médecin a la possibilité d'assister à la visite d'évaluation qui se déroulera à votre domicile.

Nous vous prions d'agréer, madame, monsieur, l'expression des nos salutations distinguées.

L'équipe d'évaluation

DEMANDEUR

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

COHERENCE :

Communication

Troubles de la communication oui non

Comportement

Pas de troubles oui non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition...) oui non

Troubles majeurs du comportement (agitation, cris, fugues.....) oui non

ORIENTATION dans le temps : oui non

ORIENTATION dans l'espace : oui non

DEPLACEMENT dans le domicile :

Seul(e) : oui non

Avec aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) : oui non

Déplacement accompagné d'un tiers : oui non

Confinement au lit : oui non

Déambulation nocturne : oui non Déambulation diurne : oui non

ALIMENTATION :

Risque de fausse route : oui non Besoin d'aide au repas : oui non

INCONTINENCE URINAIRE : oui non

Nocturne : oui non Diurne : oui non

Sonde urinaire : oui non Autonome pour vider sa poche : oui non

Besoin d'aide à la toilette : oui non

INCONTINENCE FECALE : oui non

Stomie : oui non Autonome pour changer sa poche : oui non

VUE :

Troubles visuels : oui non

AUDITION :

Normale : oui non Surdité appareillée : oui non

MEDICAMENTS :

Prise autonome : oui non Préparation par l'entourage : oui non

Administration par l'entourage : oui non

Ne dispose pas des informations : oui non

Observations

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

Date :

Cachet et signature