

## TRAITEMENT

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

## À DOMICILE AIDES ET SOINS DISPENSÉS

Le patient bénéficie-t-il de soins (si oui, cocher et préciser la fréquence)

- soins infirmiers
- kinésithérapie
- pédicurie
- autres soins

Le patient bénéficie-t-il d'aides techniques ? ou en aurait-il besoin ?

Aide aux transports et nursing

- lit médical.....
- soulève malade.....
- chaise percée.....
- couches.....

aide à la déambulation

- cannes .....
- démabulateur.....
- fauteuil roulant.....
- autre.....

Objectifs souhaités de la demande d'APA en matière d'Aide Humaine

- surveillance stimulation
- prise alimentaire
- courses
- mobilisation
- préparation de repas
- entretien courant

## OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

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

souhaitez-vous être contacté par l'équipe médico-sociale du département ?

Date : ..... Téléphone : .....

Cachet et signature

Certificat Médical APA



Mon Cher Confrère,

Votre patient effectue une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile auprès du Département des Pyrénées-Orientales.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel ce certificat médical, pièce majeure de son dossier de demande avec l'ensemble du dossier lors du dépôt de la demande.

En effet, son dossier sera examiné par une équipe médico-sociale, astreinte au secret médical, qui participe à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Mon Cher Confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

Le Médecin Coordonnateur  
Direction PA - PH

## ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Date naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Si besoins : Personne à contacter : .....

Téléphone : .....

## ENVIRONNEMENT

**Mode de vie** (à domicile)

- totalement seule
- milieu entouré (famille - voisins)
- Famille d'accueil
- accueil de jour
- accueil temporaire

**Habitat**

Type d'habitation : .....

Accessibilité : .....

Nombre de personnes vivant à domicile : .....

## ÉTAT GÉNÉRAL

Taille : ..... Poids : ..... Dénutrition : .....  
 Amaigrissement :  
 (6 derniers mois)  
 Escarre : ..... douleurs : .....  
 .....

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux :  
 .....  
 .....  
 .....  
 Chirurgicaux :  
 .....  
 .....  
 .....

## PATHOLOGIES ACTUELLES

### Diagnostic principal motivant la demande

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

### Etat neuro-psychologique

Diagnostic .....  
 Traitement .....

	oui	non	commentaires
Troubles de la mémoire			
Désorientation temporo-spatiale			
Troubles du langage			
Troubles praxiques			
Agitation – agressivité – fugues			
Troubles du sommeil			
Etat dépressif			
Chutes – troubles de l'équilibre			

## AUTRES PATHOLOGIES

	Diagnostic	Commentaires
Fonction locomotrice		- déficience fonctionnelle  - périmètre de marche  - autre
Etat cardiorespiratoire		- dyspnée  - autre
Fonction digestive		- mastication/déglutition  - incontinence anale  - autre
Fonction urogénitale		- incontinence  - type protection
Etat sensoriel (visuel + auditif)		- appareillage
Endocrinologie		
Pathologie cancéreuse		