



ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ

Certificat médical

Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

Direction de la Gérontologie et du Handicap
Unité APA
26 avenue de Chevène
CS 42220
74023 Annecy cedex

Nom :
Prénom :
Circonscription :

Mon cher confrère,

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 Conseil départemental 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 Conseil départemental de la Haute-Savoie, à qui vous voudrez bien retourner le formulaire de paiement joint.

Bien confraternellement.

Le Médecin départemental

Docteur Nicole VIDAL

Etat 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 ?

.....

Déficiência 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 :

Déficiences 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-respiratoire

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 :

Etat nutritionnel : Poids : kg. Taille : m

Etat 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 : Oui Non
Incontinence urinaire et fécale occasionnelle : Oui Non
Incontinence urinaire et fécale permanente (sonde, poche) : Oui Non
Port de protections : Oui Non
Acception des protections : Oui 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 Oui Non
- prise en charge par un SSIAD Oui Non

Date

Nom et signature du médecin

GRILLE AGGIR

Patient

Nom Prénom Date d'évaluation
 Date de naissance ou âge Evalueur

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose de Pb
1- Transferts		<input type="checkbox"/>					
2- Déplacements	intérieurs	<input type="checkbox"/>					
3- Toilette	haut	<input type="checkbox"/>					
	bas	<input type="checkbox"/>					
4- Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>					
	fécale	<input type="checkbox"/>					
5- Habillage	haut	<input type="checkbox"/>					
	moyen	<input type="checkbox"/>					
	bas	<input type="checkbox"/>					
6- Cuisine		<input type="checkbox"/>					
7- Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>					
	manger	<input type="checkbox"/>					
8- Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>					
9- Ménage		<input type="checkbox"/>					
10- Alerter		<input type="checkbox"/>					
11- Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>					
12- Transports		<input type="checkbox"/>					
13- Activités temps libre		<input type="checkbox"/>					
14- Achats		<input type="checkbox"/>					
15- Gestion		<input type="checkbox"/>					
16- Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>					
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
17- Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>					
	comportement	<input type="checkbox"/>					

Pour chaque variable,
cochez au choix :



NE FAIT PAS : si la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou bien faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire

STCH
Cocher si la personne âgée :

- S : Ne fait pas Spontanément
- T : Ne fait pas Totalement
- C : Ne fait pas Correctement
- H : Ne fait pas Habituellement

Aucun adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne. Cette case a été ajoutée afin d'être certain que l'utilisateur n'oublie aucune activité.



Allocation Personnalisée d'Autonomie

Rémunération Dossier Médical

Document à retourner dûment complété

(Joindre un RIB lors de la 1^{ère} demande ou en cas de changement)

Département de la Haute-Savoie
Pôle de la Gérontologie et du Handicap
Unité APA
26 avenue de Chevêne
CS 42220
74023 ANNECY Cedex

Le Docteur (Nom Prénom) :

Adresse :

Téléphone :

N° de SIRET (Obligatoire sur toutes les factures) :

certifie avoir complété le dossier médical établi pour la demande
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie de :

Nom Prénom (En lettres capitales) :

Date de naissance :

Adresse :

Fait à le

Signature et cachet du médecin

La rémunération de votre participation comprend l'évaluation à domicile, la rédaction d'un ou plusieurs certificats médicaux avec grille AGGIR, les échanges nécessaires avec les Équipes Médico-Sociales du Département lors des phases d'attribution et de suivi de l'APA. Elle est prise en charge par le Département, à hauteur de 3 C (25 € X 3) soit 75 € et couvre tout constat à effectuer pendant une période d'un an.

Elle concerne uniquement les médecins traitants généralistes de Haute-Savoie.

L'établissement de ce certificat est donc gratuit pour son bénéficiaire et ne donne pas lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie.

Les modalités de votre collaboration et de votre rémunération sont prévues par la convention du 1^{er} décembre 2004 signée par les représentants syndicaux (art 2 à 6).

Un exemplaire de cette convention peut vous être envoyé sur simple demande.

