

Certificat médical pour demander l'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Annexe

Ce certificat médical peut être joint sous pli cacheté au dossier de demande lorsque le demandeur sollicite l'APA auprès du département.

! Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

Celui-ci est adressé à l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'APA du département. Il peut donner lieu à un échange et un partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins.

1. Coordonnées du patient

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom(s) :

Date de naissance : □ □ □ □ □ □ □ □

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : □ □ □ □ □ Commune / ville :

2. Pathologies et signes cliniques contribuant à l'atteinte de l'autonomie

! Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

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

L'annexe continue page suivante →

3. Prises en charges thérapeutiques

- ! Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions sur la vie du patient du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, etc.) :

4. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)

Stabilité Aggravation Évolutivité majeure Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le périmètre de marche : < 200 m > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? Oui Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? Oui Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? Oui Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? Oui Non
- d'une canne ? Oui Non
- d'un déambulateur ? Oui Non
- d'un fauteuil roulant ? Oui Non
- d'une autre aide technique ? Oui Non (précisez) :

6. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir la préhension manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

L'annexe continue page suivante →

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) :

Précisions :

.....

.....

.....

7. Déficiences sensorielles

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à :

Le :

Cachet du médecin ou numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :

Signature du médecin :

