

# Certificat médical

## Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

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

Nom : .....  
Prénom : .....  
Circonscription : .....

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.

## 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  Cécité

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



# Evaluation de la dépendance

## Grille AGGIR 2008

		Ne fait pas	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose de Pb	
<b>01 - Transferts</b>		<input type="checkbox"/>	Pour chaque variable, cochez au choix :    <b>Ne fait pas :</b> 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.  <b>STCH</b> Cocher si la personne âgée : S : Ne fait pas Spontanément T : Ne fait pas Totalemment C : Ne fait pas Correctement H : Ne fait pas Habituellement  <b>Aucun adverbe ne pose problème :</b> 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.					
<b>02 - Déplacements intérieurs</b>		<input type="checkbox"/>						
<b>03 - Toilette</b>	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
<b>04 - Élimination</b>	Urinaire	<input type="checkbox"/>						
	Fécale	<input type="checkbox"/>						
<b>05 - Habillage</b>	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Moyen	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
06 - Cuisine		<input type="checkbox"/>						
<b>07 - Alimentation</b>	Se servir	<input type="checkbox"/>						
	Manger	<input type="checkbox"/>						
08 - Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>						
09 - 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"/>						
<b>16 - Orientation</b>	Dans le temps	<input type="checkbox"/>						
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>						
<b>17 - Cohérence</b>	Communication	<input type="checkbox"/>						
	Comportement	<input type="checkbox"/>						

