

## CERTIFICAT MEDICAL

relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile  
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)

*Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.*

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....  
Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....  
Adresse : .....

### 1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

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

**Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne**  
(apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :

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

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**

Non  Oui  (merci de joindre si possible un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**

Non  Oui  (merci de joindre si possible un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

### 2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

Si oui, précisez : .....  
.....  
.....

### 3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Stabilité       Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles : .....)  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

### 4. Mobilité - Déplacements

> **Périmètre de marche ?**      < 200 m       > 200 m

> <b>Le patient a-t-il :</b>	Non	Oui
o Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ?** Non  Oui  (précisez)

Aide humaine     Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) : .....

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ?** Non  Oui

**Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples**

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
<b>Réalisé sans difficulté et sans aucune aide</b>	<b>Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine</b>	<b>Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation</b>	<b>Non réalisé</b>	<b>Ne se prononce pas</b>

**Mobilité, manipulation et capacité motrice** Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Marcher :
Se déplacer à l'intérieur :
Se déplacer à l'extérieur :
Préhension main dominante :
Préhension main non dominante :
Motricité fine :

Précisions : .....

.....

.....

**Cognition / Capacité cognitive** Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Orientation dans le temps :
Orientation dans l'espace :
Gestion de la sécurité personnelle :
Maîtrise du comportement :

Réponse adaptée aux questions ?      Non     Oui       Si connu, indiquez le score MMS :    /

Précisions: .....

.....

.....

**Entretien personnel** Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Faire sa toilette :
S'habiller, se déshabiller :
Manger et boire des aliments préparés :
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions : .....

.....

.....

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

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et CACHET du médecin  
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)