

Département des Côtes d'Armor

Bulletin médical

(À joindre au dossier administratif sous pli confidentiel destiné au Médecin Conseil de la Direction personnes âgées et personnes handicapées ou aux professionnels para-médicaux du Département).

Objet : Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Personne pour laquelle l'aide est sollicitée

Nom Prénom	
Date de naissance	
Adresse	

Bilan de santé

	Poids	Taille
Pathologie principale responsable de la perte d'autonomie		
Autres pathologies		
Déficits visuel et auditif		
Traitement médical		
Interventions paramédicales (kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, HAD)		
Perspectives d'évolution	<input type="checkbox"/> Aggravation	<input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Amélioration

Votre patient présente-t-il les troubles suivants ?

Commentaires éventuels

Incontinence	Urinaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> Sonde à demeure			
	Anale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> Poche de colostomie			
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Trouble praxiques/gnosiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Cohérence	Réponse adaptée aux questions	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Bonne capacité de raisonnement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Bonne capacité de jugement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/> Bien orienté	Orientation dans l'espace			
	<input type="checkbox"/> Troubles mineurs				<input type="checkbox"/> Bien orienté
	<input type="checkbox"/> Troubles majeurs				<input type="checkbox"/> Troubles mineurs
		<input type="checkbox"/> Troubles majeurs			

Score MMS (s'il est connu)

Évaluation de la perte d'autonomie de votre patient

Votre patient a-t-il besoin d'aide d'une tierce personne ou d'une stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne suivants ?

	Besoin de tierce personne	Besoin de stimulation	Commentaires éventuels
Se lever du lit et/ou se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vous pouvez si vous le souhaitez apporter des précisions :

Votre patient peut-il réaliser seul les actes suivants ?

Faire ses courses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Gérer son traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faire la cuisine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Gérer son budget	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Votre patient a-t-il besoin d'aides techniques ? (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève-malade...).

(ces éléments n'ont pas d'incidence sur le groupe GIR)

Bulletin rempli le :/...../.....

Cachet et signature du médecin



DÉPARTEMENT DES CÔTES D'ARMOR
DIRECTION PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES

ALLOCATIONS POUR L'AUTONOMIE
9 PLACE DU GÉNÉRAL DE GAULLE | CS 42371
22023 SAINT-BRIEUC CEDEX 1

