



**Certificat du Médecin traitant établi en vue d'une demande d'Aide
Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile**

Je soussigné, Docteur : _____

Domicilié à : _____

Téléphone : _____

Certifie que Monsieur, Madame : _____

Né(e) le : _____

Domicilié(e) Rue : _____

 Ville : _____

 Code postal : _____

A été examiné(e) le : _____

- à son domicile
- au cabinet du médecin
- à l'hôpital ou clinique de : _____ Service de : _____
 - court séjour
 - service de soins de suite et de réadaptation (convalescence)
- Retour à domicile prévu le : _____

Le handicap est :

- acquis depuis le : _____
- stabilisé
- susceptible d'évoluer encore

Description et nature exactes du handicap : *(n'indiquer que ce qui est en relation avec la dépendance)*

Pour permettre à l'équipe médico-sociale de statuer en toute connaissance de cause, si possible
-préciser la situation de famille, les conditions de vie, (aménagement du domicile, aides techniques...)

Dans la chambre	A l'extérieur	0	0
		1	1
		2	2
		3	3
		4	4
		5	5

Besoin d'aide du demandeur pour les actes essentiels de la vie

(entourer le chiffre correspondant au besoin d'aide)

1 – Aide au déplacement

- 0 – Déplacement seul(e), sans aucune aide
- 1 – Déplacement seul(e), avec appui (canne(s) – déambulateur)
- 2 – Déplacement seul(e) en fauteuil roulant (FR)
- 3 – Déplacement avec l'aide d'une personne
- 4 – Déplacement en FR avec l'aide d'un tiers
- 5 – Déplacement impossible (confinement au lit)

2 – Aide à la toilette

- 0 – Fait sa toilette sans aide et spontanément
- 1 – Seul(e), mais avec stimulation
- 2 – Aide intermittente
- 3 – Aide partielle
- 4 – Aide totale

3 – Aide à l'habillage/déshabillage

- 0 – S'habille sans aide et spontanément
- 1 – Seul(e), mais avec stimulation
- 2 – Aide intermittente ; préciser : _____
- 3 – Aide partielle ; préciser : _____
- 4 – Aide totale
- 5 – Aide à la mise en place d'un appareil orthopédique

4 – Aide aux repas

- 0 – Mange seul(e), spontanément
- 1 – Seul(e), mais aliments préparés (mixé)
- 2 – Seul(e), mais avec stimulation
- 3 – Aide totale : bécquée, sonde

5 – Aide aux transferts

- 0 – Se lève, s'assied et se couche seul(e)
- 1 – Seul(e), avec stimulation, ou aide occasionnelle
- 2 – Se lève du lit avec l'aide d'un tiers
- 3 – Se lève d'un fauteuil avec l'aide d'un tiers
- 4 – Ne quitte pas son lit

6 – Aide pour les besoins naturels

	Urines	Selles
Seul	0	0
Aidé	1	1
Usages uniques ou appareillages Précisez :		

7 – Incontinence

	Urines	Selles
Pas d'incontinence	0	0
Inc. occasionnelle	1	1
Inc. nocturne	2	2
Inc. permanente	3	3

8 – Troubles mnésiques et de l'orientation

- 0 – Pas de désorientation temporo-spatiale
- 1 – Quelques erreurs de repérage dans le temps et/ou l'espace ou troubles mnésiques modérés
- 2 – Désorientation temporelle totale
- 3 – Désorientation spatiale totale
- 4 – Troubles mnésiques majeurs

9 – Troubles du comportement/de la cohérence

- 0 – Pas de trouble, bonne cohérence
- 1 – Quelques troubles épisodiques
- 2 – Passivité, mélancolie, anxiété majeure, agressivité verbale, conduite inappropriée mais non gênante pour l'entourage
- 3 – Opposition, fugues, délires, agressivité physique, besoin de surveillance permanent

10 – Soins paramédicaux

A – Soins infirmiers ou service de soins à domicile

- 0 – Aucun soin
- 1 – Nature des soins _____

- Fréquence _____

B – Autres soins para-médicaux

- 0 – Aucun soin
- 1 – Nature des soins _____

- Fréquence _____

Observations complémentaires :

Notamment renseignements permettant de caractériser un besoin d'attribution en urgence éventuel :

A

le

Signature