

Votre patient peut-il réaliser SEUL les activités domestiques et sociales ? Oui Non

Si non, pour quelle(s) activité(s), selon vous, aurait-il besoin d'aide ? *A noter : ces éléments n'ont pas d'incidence sur le GIR.*

	Aide nécessaire	Précisions
Faire ses courses		
Faire la cuisine		
Faire son ménage		
Entretenir son linge		
Gérer son traitement		
Gérer son budget		

Votre patient a-t-il besoin d'aides techniques ? (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève malade, etc.) *A noter : ces éléments n'ont pas d'incidence sur le GIR.*

S'il s'agit d'une sortie d'hospitalisation, précisez le motif et la durée de l'hospitalisation, ainsi que toute information utile au retour à domicile :

Certificat rempli le

Cachet et signature du médecin

Cadre réservé au médecin territorial :

GIR médical :



**CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Madame, Monsieur et cher confrère,

La loi du 20 juillet 2001 a institué l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui a remplacé, pour les personnes âgées de plus de 60 ans, l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) et la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

Cette prestation est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes essentiels de la vie à domicile, ou de bénéficier d'une amélioration de leur environnement quotidien.

Votre patient(e) a demandé à bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il (elle) va recevoir la visite d'une assistante sociale et d'une infirmière de la Collectivité Territoriale. Celles-ci feront le point sur son environnement et ses besoins, et détermineront son niveau d'autonomie à l'aide de la grille d'évaluation AGGIR.

Vous pourrez, si votre patient(e) le souhaite, être présent à cette rencontre.

En tout état de cause, il me serait très utile de connaître votre propre évaluation de l'état de santé de cette personne, pour pouvoir établir le mieux possible le "plan d'aide" dont elle bénéficiera. C'est pourquoi je vous serai obligé(e) de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint et le remettre sous pli confidentiel à l'intéressé(e), qui le joindra à son dossier de demande.

Lors de l'évaluation du GIR (Groupe Iso-Ressources) et/ou de l'élaboration du plan d'aide, je pourrai être amené(e) à vous consulter pour de plus amples informations.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient(e) et vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le médecin territorial

CONDITIONS DE VIE

à domicile seule

à domicile en couple

à domicile en famille

en résidence pour personnes âgées

DONNÉES MÉDICALES

Pathologies pouvant être responsables de la perte d'autonomie	
Autres pathologies Ex. : déficit visuel et auditif	
Traitement médicamenteux	
Interventions paramédicales (kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, orthophoniste)	
Perspective d'évolution	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne suivants ?

(Mettez une croix dans la colonne qui convient et apportez si vous le souhaitez des précisions.)

	Seul	Seul avec sollicitation ou surveillance	Tierce personne	Commentaires éventuels
Se lever du lit et/ou se coucher				
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir				
Se déplacer dans son logement				
Faire sa toilette				
S'habiller, se déshabiller				
Assurer son élimination (urinaire et fécale)				
Se servir à manger				
Manger				
Communiquer, alerter (à l'aide du téléphone, de la téléassistance, etc.)				
Marcher à l'extérieur				
Se repérer dans le temps et dans l'espace				
Se comporter de façon sensée et logique				