



### CERTIFICAT MEDICAL

APA A DOMICILE

AIDE SOCIALE LEGALE (et dérogation d'âge)

**A REMPLIR PAR UN MEDECIN**

*et à insérer dans une enveloppe sous pli confidentiel avec les nom, prénom, et adresse du demandeur*

Nom de naissance, Prénom :	
Nom marital (s'il y a lieu) :	
Date de naissance ou âge :	
Poids et Taille :	

#### I - CONDITIONS DE VIE

	OUI	NON
La personne vit-elle seule à son domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne vit-elle en couple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne est-elle accueillie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne vit-elle en institution (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### II - MESURES DE PROTECTION

Mesure de protection	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, quelle mesure ? :	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> MASP ou MAJ
	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Demande en cours

La personne est-elle en état de signer ?  OUI  NON

#### III - ANTECEDENTS

Antécédents médicaux (y compris psychiatriques), chirurgicaux,	
--	--

#### IV - PATHOLOGIES ACTUELLES

Pathologies	
-------------	--

#### V - TYPE DE DEFICIENCES

Intellectuelles :	
Psychiques :	
Du langage ou de la parole :	
Auditive :	
Visuelle :	
Viscérales, métaboliques :	
Motrices, sensibles :	

VI - TROUBLES PARTICULIERS	
La personne a t- elle déjà présenté ou présente t- elle des troubles du comportement tels que :	<input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) <input type="checkbox"/> Incurie <input type="checkbox"/> Addiction
VII - TRAITEMENTS, PRISES EN CHARGES THERAPEUTIQUES	
Traitements en cours	
Prise médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Préparés par un tiers <input type="checkbox"/> Distribués par un tiers
Soins nocturnes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Soins particuliers / Appareillages	<input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Orthèse, prothèse <input type="checkbox"/> Déambulateur, fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Alimentation entérale (sonde gastrique, stomie) <input type="checkbox"/> Stomie digestive d'élimination <input type="checkbox"/> Sonde/stomie Urinaire <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
VIII - ACTIVITES DE LA VIE COURANTE	
Mobilité <i>Se lever, s'asseoir, se déplacer</i>	
Toilette et habillage	
Elimination urinaire et fécale <i>Hygiène, sonde urinaire, stomie...</i>	
Alimentation <i>Mange seul(e) ou non, risque de fausse route, dénutrition</i>	
Orientation dans le temps et dans les lieux de vie	
Communication / Comportement	

IX - FREQUENCE DES INTERVENANTS MEDICO-SOCIAUX	
Aide à domicile	
Infirmière libérale ou SSIAD	
Kinésithérapeute	
Orthophoniste	
Réseau	
Hospitalisation à domicile	
Autres	
X - OBSERVATIONS	
Evolution prévisible	<input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Fluctuante <input type="checkbox"/> Risque vital <input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Non définie
Préconisations, actions prioritaires...	

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin obligatoire

P S. : Si le certificat médical est rempli par un médecin hospitalier ou provient d'un établissement de séjour temporaire, merci de préciser les coordonnées du médecin traitant habituel :

**La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Sous Direction de l'Autonomie. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.**