

Département des Côtes d'Armor

Bulletin médical

(daté de moins de 3 mois)

(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 et prénom

Date de naissance

Adresse

Bilan de santé

Poids kg

Taille cm

Pathologie principale

responsable de la perte d'autonomie

Autres pathologies

Déficits visuel et auditif

Traitements médicaux

Interventions paramédicales

(kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, HAD)

Perspectives d'évolution

Aggravation

Stabilité

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		
Déficit cognitif	Anale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Cohérence	Trouble praxiques/gnosiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Réponse adaptée aux questions	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Bonne capacité de raisonnement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Orientation dans le temps	Bonne capacité de jugement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<input type="checkbox"/> Bien orienté		<input type="checkbox"/> Bien orienté	
	<input type="checkbox"/> Troubles mineurs		<input type="checkbox"/> Troubles mineurs	
	<input type="checkbox"/> Troubles majeurs		<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 / /



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

ALLOCATIONS POUR L'AUTONOMIE
9 place du Général de Gaulle | CS 42371
22203 Saint-Brieuc Cedex 1
Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr

cotesdarmor.fr



Cachet et signature du médecin

