

CERTIFICAT MEDICAL

relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)

Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.

Nom(s) : **Prénom(s) :**

Nom de naissance : **Né(e) le :**

Adresse :

1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

.....

Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne (apraxisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :

.....
.....
.....

> Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?

Non **Oui** (*merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal*)

> Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?

Non **Oui** (merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (*chimiothérapie, dialyse, etc.*)

Si oui, précisez :

3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Stabilité Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles :)
 Aggravation Evolutivité majeure Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> Périmètre de marche ? < 200 m > 200 m

> Le patient a-t-il :

- Une station debout pénible ?
 - Une prothèse externe des membres inférieurs ?
 - Une oxygénothérapie ?

Non **Oui**

□ □

□ □

□ □

✓ Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ? Non Oui (précisez) _____

Aide humaine Canne Déambulateur Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) :

- > Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ? Non Oui

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples

(A)	(B)	(C)	(D)	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation et capacité motrice

	(A)	(B)	(C)	(D)	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>				
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>				

Précisions :

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive

	(A)	(B)	(C)	(D)	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>				
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>				
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>				
Maitrise du comportement :	<input type="checkbox"/>				

Réponse adaptée aux questions ? Non Oui Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions :

.....

.....

Entretien personnel

	(A)	(B)	(C)	(D)	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>				
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>				
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>				
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>				
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>				

Précisions :

.....

.....

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre cette situation.

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.
Fait à , le

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)