

## 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 (apragmatisme, 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 :**

	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**> 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

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	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

<u>Mobilité, manipulation et capacité motrice</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

<u>Cognition / Capacité cognitive</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Précisions: .....

.....

.....

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