

**EVALUATION MÉDICALE
de PERTE d'AUTONOMIE
dans le cadre de l'A.P.A.**

Mon Cher Confrère,

Votre patient souhaite bénéficier de **l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** instituée par la Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, et modifiée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Je vous serais obligé de bien vouloir lui remettre sous pli confidentiel cette évaluation médicale qui sera jointe à son dossier de demande.

Pour permettre l'évaluation de la perte d'autonomie, je vous demande de bien vouloir compléter les différentes rubriques et particulièrement la grille AGGIR en dernière page.

Je me permets de vous rappeler qu'en tant que médecin, je suis astreint au secret médical.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous assure de mes sentiments confraternels.

Le Médecin Conseil

ÉTAT CIVIL

N° d'immatriculation Sécurité Sociale

NOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : _____

Taille : _____

Poids : _____

Diagnostic principal motivant la présente demande : _____

Origine : _____ Congénitale : _____ Acquis depuis le : _____

Veillez préciser s'il s'agit d'un(e) :

Accident du travail : _____ IPP % : _____ date : _____

Maladie professionnelle : _____ IPP % : _____ date : _____

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES *(complétez les rubriques concernant votre patient)*

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement, ... :

Déficiences liées à l'épilepsie

Type : _____ Fréquence des crises : _____

Troubles de la personnalité associés : _____

Déficiences de l'audition

Troubles associés (acouphènes, vertiges, ...) : _____

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie ; aphasie, mutité, autre : _____

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? : _____

Si oui, de quel type ? : _____

Déficiences de la vision (joindre un certificat médical ophtalmologique précisant *après correction* l'acuité visuelle pour chaque œil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible

médicalement chirurgicalement envisagée vers quelle date : _____

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil ...) : _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire (joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang ...)

Signes fonctionnels : _____

Signes de décompensation cardiaque : _____

Assistance respiratoire éventuelle : _____

Greffe : _____ Date :

--	--	--	--	--	--

 Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive (joindre les résultats des examens complémentaires)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques :

Nécessité d'une alimentation spéciale : _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (incontinence diurne et/ou nocturne, port de protection de sécurité) :

Dialyse : oui non fréquence hebdomadaire : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur (joindre les résultats des radios, scanners etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles : _____

Préciser l'appareillage, l'aide technique nécessaires : _____

Déficiences autres : _____

AUTONOMIE

A : fait seul totalement, habituellement correctement

B : fait partiellement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES

		A	B	C
COHERENCE	converser et/ou se comporter de façon sensée			
ORIENTATION	se repérer dans le temps, dans les moments de la journée			
TOILETTE	HAUT : assurer son hygiène corporelle-visage (rasage, coiffage), tronc, membres supérieurs, mains, (dos exclu)			
	BAS : régions intimes, membres inférieurs (ongles des orteils exclus)			
HABILLAGE	HAUT : passer des vêtements par la tête et/ou les bras			
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions, une ceinture ou des bretelles			
	BAS : passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures			
ALIMENTATION	SE SERVIR : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt			
	MANGER : porter les aliments à sa bouche et les avaler			
ELIMINATION	URINAIRE : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire ex : modalité A : personne qui assure seule correctement son hygiène malgré des fuites			
	FÉCALE : assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
TRANSFERTS	(ex : modalité B- si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement, si le transfert lit/fauteuil est effectué mais pas le transfert assis/debout)			
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	il n'est pas tenu compte de l'usage de cannes, de déambulateur; de fauteuil roulant par la personne (ex : modalité A : personne se déplaçant en fauteuil roulant dans son lieu de vie)			
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme			

VARIABLES ILLUSTRATIVES

GROUPE GIR :

GESTION gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches			
CUISINE préparer les repas			
MENAGE effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
TRANSPORTS prendre et /ou commander un moyen de transport au moins une fois par semaine			
ACHATS faire des acquisitions directes ou par correspondance			
SUIVI DU TRAITEMENT se conformer à l'ordonnance du médecin			
ACTIVITES DE LOISIRS avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps			

Fait à..... , le

Signature