



CERTIFICAT MÉDICAL D'AGGRAVATION A.P.A. À DOMICILE

(à remplir par le médecin traitant)

A remettre sous pli confidentiel aux médecins du Service
Médico-social Evaluation Accompagnement
Département du Tarn - 81013 ALBI CEDEX 9

Cher Confrère,



Vous trouverez ci-joint un questionnaire médical concernant votre patient(e). Ayez l'obligeance de le compléter afin de lui permettre de bénéficier de l'aide la plus appropriée à son état dans le cadre de l'**Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.)**.

Les renseignements médicaux fournis parviendront sous pli cacheté à notre service et ne seront ouverts que par le personnel autorisé, ceci afin de préserver le secret médical.

Les Certificats Médicaux sont ensuite conservés sous clé par les médecins du service.

CADRE A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE

Je soussigné(e) M né(e) le..... demande à ce que mon dossier d'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**, enregistré sous le numéro de dossier, soit révisé.

Fait à le
Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date d'arrivée :

CADRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

PATHOLOGIES PRINCIPALES A L'ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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

MOTIF DE LA DEMANDE D'AGGRAVATION

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

UN EVALUATEUR MEDICO-SOCIAL DOIT-IL SE RENDRE EN PRIORITE AU DOMICILE DE VOTRE PATIENT ?

OUI NON

Si oui, pourquoi ? :

- ❖ perte d'autonomie importante
- ❖ isolement social et / ou familial
- ❖ isolement géographique
- ❖ aidant familial malade ou hospitalisé
- ❖ état pathologique de pronostic réservé
- ❖ le plan d'aide mis en place est devenu insuffisant
- ❖ autre :

DES PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DOIVENT-ELLES ÊTRE PRISES PAR L'ÉVALUATEUR QUI SE REND SEUL AU DOMICILE ? OUI NON

Si oui, pour quel motif ?

SOINS D'HYGIÈNE

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour les soins d'hygiène et de confort ? OUI NON

Estimez-vous que cet acte relève :

❖ D'un acte de soins d'une infirmière et/ou d'une aide-soignante d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ? OUI NON

❖ D'une aide à la vie courante réalisée par une auxiliaire de vie sociale d'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile ? OUI NON

APPAREIL LOCOMOTEUR

Station debout pénible : OUI NON

Périmètre de marche estimatif :

Aide technique à la marche :

QUELS ASPECTS DU PLAN D'AIDE FNANCÉS PAR L'A.P.A SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR RENFORCER (sous réserve du montant maximum attribuable)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Les services ménagers | <input type="checkbox"/> |
| La garde de jour | <input type="checkbox"/> |
| La garde de nuit | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil de jour | <input type="checkbox"/> |
| Le portage de repas à domicile | <input type="checkbox"/> |
| Les aides techniques | <input type="checkbox"/> |
| L'aménagement du logement | <input type="checkbox"/> |
| Les dispositifs de répit de l'aidant | <input type="checkbox"/> |

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

Date :/...../.....

Cachet du Médecin

Signature du Médecin :

Téléphone du Médecin :

Courriel du Médecin :@.....

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples informations au 05.67.89.63.41 / 05.63.45.67.25

Par mail : smsea.mda@tarn.fr

CODAGE DES DONNÉES MÉDICALES PAR LE MÉDECIN TERRITORIAL (cadre réservé au service)

- | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALC | <input type="checkbox"/> AUT | <input type="checkbox"/> CIR | <input type="checkbox"/> DIA | <input type="checkbox"/> ESC | <input type="checkbox"/> IAT | <input type="checkbox"/> OBE | <input type="checkbox"/> SUR |
| <input type="checkbox"/> ALZ | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> DEB | <input type="checkbox"/> DIO | <input type="checkbox"/> EMB | <input type="checkbox"/> ICA | <input type="checkbox"/> PAR | <input type="checkbox"/> TRP |
| <input type="checkbox"/> AMP | <input type="checkbox"/> BPC | <input type="checkbox"/> DEM | <input type="checkbox"/> DMLA | <input type="checkbox"/> FRA | <input type="checkbox"/> INR | <input type="checkbox"/> SEP | |
| <input type="checkbox"/> ARP | <input type="checkbox"/> CEC | <input type="checkbox"/> DEN | <input type="checkbox"/> DPC | <input type="checkbox"/> FUG | <input type="checkbox"/> ISC | <input type="checkbox"/> SLA | |
| <input type="checkbox"/> ART | <input type="checkbox"/> CHU | <input type="checkbox"/> DEP | <input type="checkbox"/> EDE | <input type="checkbox"/> GAB | <input type="checkbox"/> NEO | | |