

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

### CERTIFICAT MÉDICAL

Mon Cher Confrère,

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 crée une **allocation personnalisée d'autonomie** destinée à mieux répondre à la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

La **perte d'autonomie est définie** comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.

La **demande d'allocation personnalisée d'autonomie** est instruite par une équipe médico-sociale du département qui comprend au moins un médecin et un travailleur social et dont l'un au moins se rend chez l'intéressé(e).

Le **montant de l'allocation** accordée est modulé en fonction du degré de perte d'autonomie et des ressources.

Le degré de perte d'autonomie est évalué par l'équipe médico-sociale (EMS) à l'aide d'une grille nationale AGGIR dont les éléments permettent de déterminer le groupe iso-ressources dont relève votre patient(e).

**Pour optimiser cette évaluation, je vous serais obligé de bien vouloir remettre à votre patient(e) sous pli confidentiel, le certificat médical ci-joint pour qu'il le joigne à son dossier de demande.** Ce certificat ne sera ouvert que par le médecin départemental.

Au cours de l'instruction, vous pourrez être consulté par l'équipe médico-sociale. Si votre patient(e) le souhaite, vous pourrez assister à la visite à domicile effectuée par un membre de l'équipe.

En vous remerciant par avance de votre utile collaboration et restant à votre disposition pour de plus amples renseignements, je vous prie de croire, mon cher confrère, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le médecin du Conseil général  
Service de l'aide sociale aux personnes âgées

# ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse habituelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Prescriptions actuelles susceptibles d'apporter des renseignements sur le degré d'autonomie et son évolution :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Observance du traitement par votre patient(e) : \_\_\_\_\_

## Médicaments

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

## Autres

*ex : kiné, soins à domicile, aides techniques*

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Fonctions supérieures :

- Pas de troubles
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

Troubles du comportement

- Pas de troubles
- Troubles mineurs
- Troubles majeurs

En cas de troubles pouvez-vous en préciser l'origine ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Le tableau ci-dessous est destiné à  
recueillir votre appréciation sur les activités de la vie courante  
effectuées par votre patient(e)**

ACTIVITES	APPRÉCIATIONS
Avoir un comportement sensé et/ou soutenir une conversation logique	
S'orienter dans le temps et dans les lieux	
Hygiène corporelle - Toilette	
Se vêtir correctement	
Manger seul(e)	
Assumer l'hygiène de l'élimination	
Se lever, se coucher, s'asseoir	
Se déplacer à l'intérieur	
Se déplacer à l'extérieur	
Alerter en cas de problèmes ou de danger	
Préparer son repas	
Faire son ménage	

Selon vous, quelles sont les priorités à mettre en œuvre pour aider votre patient à son domicile ?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

L'équipe médico-sociale doit prendre contact avec vous. Pouvez-vous indiquer les coordonnées téléphoniques, les jours et heures où il est le plus facile de vous joindre.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

Signature du médecin (cachet)

**Si le certificat médical est rempli par un médecin hospitalier ou provient d'un établissement de séjour temporaire, merci de nous préciser les coordonnées du médecin traitant habituel.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_