

Certificat médical

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 Évolutivité 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

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"/>	<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 :

Cognition / Capacité cognitive

	A	B	C	D	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"/>
Maitrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

Entretien personnel

	A	B	C	D	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)