**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)*

1. **Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s)** (*chimiothérapie, dialyse, etc*.)

Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Perspective d’évolution de l’atteinte de l’autonomie**

 Stabilité  Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles : …………)

 Aggravation  Evolutivité majeure  Non définie

1. **Mobilité - Déplacements**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Périmètre de marche ? < 200 m**  **🞏** **> 200 m** **🞏**■
 |  |  |
| * **Le patient a-t-il :**
 | **Non** | **Oui** |
| * Une station debout pénible ?
 | **🞏** | **🞏** |
| * Une prothèse externe des membres inférieurs ?
 | **🞏** | **🞏** |
| * Une oxygénothérapie ?
 | **🞏** | **🞏** |

* **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** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilité, manipulation et capacité motrice** | **Ⓐ** | **Ⓑ** | **Ⓒ** | **Ⓓ** | **NSP** |
| Marcher : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Se déplacer à l’intérieur : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Se déplacer à l’extérieur : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Préhension main dominante : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Préhension main non dominante :  | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Motricité fine :  | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

Précisions :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognition / Capacité cognitive**  | **Ⓐ** | **Ⓑ** | **Ⓒ** | **Ⓓ** | **NSP** |
| Orientation dans le temps : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Orientation dans l’espace : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Gestion de la sécurité personnelle :  | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Maitrise du comportement : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Réponse adaptée aux questions ?**  | **Non 🞏**  | **Oui 🞏**  | **Si connu, indiquez le score MMS : /**  |

Précisions: ….…………………………………………………………………………………....................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entretien personnel** | **Ⓐ** | **Ⓑ** | **Ⓒ** | **Ⓓ** | **NSP** |
| Faire sa toilette : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| S’habiller, se déshabiller : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Manger et boire des aliments préparés : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Assurer l’hygiène de l’élimination urinaire : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |
| Assurer l’hygiène de l’élimination fécale : | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** | **🞏** |

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 Signature du patient (non obligatoire)

 ou n° RPPS et ADELI

Nn°