

Allocation Personnalisée d'Autonomie

Pôle solidarités humaines

Certificat médical

Nom patronyme Nom d'épouse

Prénoms Né(e) le

Adresse

Tél. / / / /

Taille m Poids kg Amaigrissement (6 derniers mois) kg

Déficiences

Intellectuelles

Détérioration intellectuelle

oui ☐

Retentissement

non ☐

Si oui, joindre un M.M.S.

Troubles psychiques invalidants

profond ☐

sévère ☐

moyen ☐

absent ☐

(psychose, troubles de l'humeur, replis sur soi, phobies)

Déficience intermittente de la conscience

oui ☐

non ☐

(syncopes, épilepsie)

Déficience des fonctions psychomotrices

- lenteur, fatigabilité

oui ☐

non ☐

- hyperactivité, agitation

oui ☐

non ☐

diurne ☐

nocturne ☐

- fugues

oui ☐

non ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : alcoolisme - dépression - démence - délire - psychose - troubles caractériels - névroses

Autres :

Psychotropes : (lesquels)

Langage et parole

Aphasie, mutisme, dyslexie

oui ☐

Retentissement

non ☐

Déficience vocale (paralysie laryngée,
larynx artificiel, voie œsophagienne)

oui ☐

non ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : accident vasculaire cérébral - néoplasme

Autres :

Appareil auditif

En cas de retentissement profond et sévère, joindre un certificat ORL

Avec appareillage Retentissement
Perte ou déficience auditive bilatérale profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐

Pathologies causales :
.....
.....

Appareil oculaire

En cas de retentissement profond ou sévère, joindre un certificat ophtalmologique

Avec correction Retentissement
Déficience visuelle des deux yeux profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐

Pathologies causales ⁽¹⁾ : cataracte - glaucome - dégénérescence maculaire
Autres :
.....

Appareil cardio-respiratoire

	Retentissement			
	Profond	Sévère	Moyen	Absent
Dyspnée				
de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angor				
de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oxygénothérapie au long cours ☐ oui ☐ non

Pathologies causales ⁽¹⁾ : artériopathie - hypertension - insuffisance cardiaque - ischémie - myocardique - trouble rythme et de la conduction - pathologie veineuse - bronchopneumopathie chronique - emphysème - asthme - anémie
Autres :
.....

Fonction digestive

	Retentissement	
Mastication	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Déglutition	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Diarrhée chronique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Constipation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Incontinence fécale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	diurne <input type="checkbox"/>	nocturne <input type="checkbox"/>
Stomie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Pathologies causales ⁽¹⁾ : colopathies non néoplastiques - cirrhose ou hépatite compliquées - pathologie gastrique et biliaire néoplasme
Autres :
.....

Fonction urinaire

Polyurie profond ☐ sévère ☐ moyen ☐ absent ☐
Incontinence urinaire oui ☐ non ☐
diurne ☐ nocturne ☐

Pathologies causales :

Appareil locomoteur et équilibration

droitier ☐

gaucher ☐

	Profond	Retentissement Sévère	Moyen	Absent
Déficience fonctionnelle du M.S.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience fonctionnelle du M.S.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience fonctionnelle du M.I.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience fonctionnelle du M.I.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claudication intermittente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station unipodale possible (5 s)	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Vertiges et chutes (susceptibilité aux chutes, sujet emporté par son élan)	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Aide matérielle aux déplacements ⁽¹⁾ :	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

Canne, fauteuil roulant, déambulateur, autres :

Pathologies causales ⁽¹⁾ : Arthropathies - fractures - amputations - Parkinson - accidents vasculaires cérébraux
Autres :

Autres pathologies ⁽¹⁾

Endocriniennes ⁽¹⁾ : Dénutrition - diabète - déshydratation - troubles ioniques - dysthyroïdie

Autres :

Néoplasies :

Escarres : oui ☐ non ☐ Ulcères cutanés : oui ☐ non ☐

Commentaire éventuel :

Date

Signature

Cachet du médecin

⁽¹⁾ Rayer les mentions inutiles

- ◆ A = Fait seule habituellement
- ◆ B = Fait partiellement
- ◆ Ne fait pas

Grille nationale AGGIR facultative

Variables discriminantes		
Cohérence <i>Converser et/ou se comporter de façon sensée</i>		
Orientation <i>Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux</i>		
Toilette <i>Concerne l'hygiène corporelle</i>	<i>haut bas</i>	
Habillage <i>S'habiller, se déshabiller, se présenter</i>	<i>haut bas moyen</i>	
Alimentation <i>Manger des aliments préparés</i>	<i>se servir manger</i>	
Elimination <i>Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale</i>	<i>urinaire anale</i>	
Transferts <i>Se lever, se coucher, s'asseoir</i>		
Déplacements à l'intérieur <i>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...</i>		
Déplacements à l'extérieur <i>À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</i>		
Communication à distance <i>Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme</i>		

Variables illustratives		
Gestion <i>Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens</i>		
Cuisine <i>Préparer ses repas et les conditionner pour être servis</i>		
Ménage <i>Effectuer l'ensemble des travaux ménagers</i>		
Transports <i>Prendre et/ou commander un moyen de transport</i>		
Achat <i>Acquisition directe ou par correspondance</i>		
Suivi du traitement <i>Se conformer à l'ordonnance du médecin</i>		
Activités de temps libre <i>Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps</i>		

Groupe OSI-ressources :