



**ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA à domicile)  
CERTIFICAT MEDICAL**

*A remplir par le médecin traitant et à joindre au dossier d'APA  
Sous pli confidentiel à l'attention du Médecin coordonnateur  
de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)*

Mise à jour janvier 2019

NOM	
PRENOM	
NOM DE JEUNE FILLE	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	

**Quelles sont les causes de la perte d'autonomie éventuelle ?**

**Environnementales**

- Isolement familial  Contexte socio-économique défavorable   
 Habitat inadapté  Isolement géographique ou relationnel

**Maladie neuro-dégénérative**

- Alzheimer et apparenté  Parkinson  SEP   
 Autre : .....  
 Avec atteinte cognitive ? Importante  Modérée  Score MMS si connu : ...../ 30

**Accident vasculaire cérébral**

- en date du : ..... Avec séquelles motrices

**Syndrome dépressif**

- Risque d'autolyse  Autre trouble psychiatrique   
 A préciser : .....

**Atteinte du système locomoteur**

- Périmètre de marche : ..... mètres Station debout : pénible  impossible   
 Déplacement avec : aides techniques  aides humaines   
 Polyarthrose  Rhumatisme inflammatoire   
 Atteinte des ceintures  Traumatisme récent  en date du : .....  
 Amputation  Autre : .....

**Néoplasie**

- Diagnostiquée le : ..... Localisation : ..... En évolution   
 Opérée  Radiothérapie  Chimiothérapie

**Atteinte cardio respiratoire entraînant :**

- Dyspnée d'effort  Dyspnée de repos  Angor d'effort   
 Oxygénothérapie : Continue  Discontinue

**Insuffisance rénale en dialyse chronique**

- Diabète**  Neuropathie  Troubles trophiques

**Atteinte visuelle importante**

- La vision centrale est inférieure ou égale à 1/20 : Œil D  Œil G   
 Aide technique recommandée : .....

- Atteinte auditive importante :**  perte sup à 70 dB sans appareillage. Oreille D  Oreille G

**Autre :** .....  
 .....

## Existe t-il d'autres éléments cliniques de fragilité ?

Vulnérabilité	<input type="checkbox"/>	Risque de maltraitance	<input type="checkbox"/>
Amaigrissement récent	<input type="checkbox"/>	Asthénie	<input type="checkbox"/>
Surcharge pondérale	<input type="checkbox"/>	Anémie chronique	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	Mauvais état bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>
Dénutrition	<input type="checkbox"/>	Hypotension	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	Chutes fréquentes	<input type="checkbox"/>
Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>	Grabatisation	<input type="checkbox"/>
Sédentarité	<input type="checkbox"/>	Tendance au repli	<input type="checkbox"/>
Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>
Troubles de la cohérence	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'orientation	<input type="checkbox"/>
Evènements thrombo-emboliques	<input type="checkbox"/>	Troubles trophiques	<input type="checkbox"/>
Escarres	<input type="checkbox"/>	Hospitalisations fréquentes	<input type="checkbox"/>
Polymédication	<input type="checkbox"/>	Polypathologies	<input type="checkbox"/>
Stomies	<input type="checkbox"/>	Protections	<input type="checkbox"/>

## Quels retentissements sur l'autonomie physique ?

*Echelle IADL de Lawson et Brody*

*Soins corporels : Hygiène et élimination*

- Totalelement autonome
- Nécessite une aide
- Totalelement dépendant(e)

*Alimentation :*

- Mange seul(e)
- Fausses routes
- Nécessite une présence
- Totalelement dépendant(e)

*Habillement :*

- Autonome pour l'habillement et le choix des vêtements
- Nécessite une aide
- Totalelement dépendant(e)

*Transferts : Couché, assis, debout, dans les deux sens*

- Autonome
- Nécessite une aide
- Grabataire

*Déplacements :*

- Autonome
- Avec difficultés
- Impossibles seul(e)

Une I.D.E. intervient-elle actuellement ?

## Commentaires

*Selon vous,*

Priorisation des aides à apporter :

Points de vigilance particulière :

Capacité à récupérer de l'autonomie :

**Date**

**Signature**

**Cachet**