

Certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Ce certificat médical est adressé au médecin de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins. Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à établir le plan d'aide APA le plus adapté à sa situation et à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

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 retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

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

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, ...) :

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

3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

- Stabilité Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)
 Aggravation Evolutivité 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 pour tous ses déplacements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- > **Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?** Non Oui (précisez)
 Aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées)
 Canne Déambulateur Fauteuil roulant
 Autre aide technique (précisez) :

5. Évaluation de la perte d'autonomie

| Mobilité, manipulation et capacité motrice | Réalisé seul et/ou avec une aide technique | Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel | Non réalisé | Ne se prononce pas |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'intérieur du domicile : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'extérieur du domicile : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avoir la préhension manuelle : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avoir des activités de motricité fine : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions :

.....

.....

| Autres actes essentiels de la vie quotidienne | Réalisé seul et/ou avec une aide technique | Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel | Non réalisé | Ne se prononce pas |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Faire sa toilette : | <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"/> |
| Manger et boire des aliments préparés : | <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"/> |
| Assurer l'hygiène de l'élimination fécale : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions :

.....

.....

| Cognition / Capacité cognitive | Réalisé seul et/ou avec une aide technique | Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel | Non réalisé | Ne se prononce pas |
|---------------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| S'orienter dans le temps : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'orienter dans l'espace : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gérer sa sécurité personnelle : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maîtriser son comportement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

6. Déficiences sensorielles

- > **En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)
- > **En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif**, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH)

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à _____, le _____

Cachet du médecin ou n° RPPS _____ Signature _____