



CONSEIL GENERAL  
DES ALPES-MARITIMES

DIRECTION DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

**CERTIFICAT MEDICAL  
ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Nom marital : ..... Prénom : .....

Nom jeune fille : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ..... à : .....

Adresse : N° ..... Rue .....

Bat ..... Etage .....

Code Postal ..... Commune .....

Téléphone : .....

**■ NATURE DE L'AFFECTION OU DU HANDICAP PRINCIPAL :**

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

**■ PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET/OU UN TRAITEMENT :**

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

**■ TRAITEMENT :**

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

## AUTONOMIE

**A** : Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement

**B** : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement.

**C** : Ne fait pas seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement ni correctement.

|   |                              |                            |                            |
|---|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ■ <b>COHERENCE</b> : Converser et/ou se comporter de façon sensée et logique.....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ORIENTATION</b> : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.....                                   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>RELATIONS</b> : Etablir de bonnes relations avec l'entourage .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>SURVEILLANCE</b> : .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>TOILETTE</b>   |                              |                            |                            |
| HAUTE : Assurer l'hygiène corporelle de la partie haute du corps .....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| BASSE : Toilette intime, et partie basse du corps .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>HABILLAGE</b> : Mettre ses habits pour se présenter correctement, se déshabiller   |                              |                            |                            |
| HAUT : Vêtements passés par les bras et/ou la tête .....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| MOYEN : Fermeture sur le corps (ceinture, boutonnage...).....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| BAS : Vêtements passés par le bas (pantalon, chaussettes, chaussures).....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ALIMENTATION</b> : Se nourrir  |                              |                            |                            |
| SE SERVIR (couper la viande, peler un fruit, remplir un verre...).....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| MANGER (porter les aliments à la bouche et les avaler).....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ELIMINATION URINAIRE ET ANALE</b> : Assurer l'hygiène de l'élimination   |                              |                            |                            |
| URINAIRE.....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ANALE.....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>TRANSFERTS</b> : Se lever, se coucher, s'asseoir .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> : du domicile.....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> : à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport .....                                  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : Utiliser les moyens de communication à distance pour alerter (téléphone, sonnette, alarme)..... | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>VISION</b> : Distinguer et percevoir les lieux et les objets .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>AUDITION</b> : Distinguer et percevoir les paroles des autres .....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ELOCUTION</b> : Exprimer un langage bien formulé.....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>GESTION</b> : Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens .....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>PREPARATION DES REPAS</b> : .....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>MENAGE</b> : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>TRANSPORTS</b> : Prendre et ou commander un moyen de transport .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ACHATS</b> : Acquisition directe ou par correspondance.....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>ACTIVITES DU TEMPS LIBRE</b> .....   | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| ■ <b>SUIVI DU TRAITEMENT</b> : Se conformer à l'ordonnance du médecin.....  | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| <b>RISQUE DE DESHYDRATATION</b> <input type="checkbox"/>  | <b>RISQUE DE DENUTRITION</b> |                            | <input type="checkbox"/>   |
| <b>GIR :</b>  |                              |                            |                            |

**AIDES MEDICALES EN PLACE**

- Soins infirmiers
  IDE
  SIAD
  HAD
  Hôp de Jour  
 Fréquence /jour /semaine  
 Nature des soins .....
- Kinésithérapie
 Fréquence .....  
 Nature des soins .....
- Suivi psychiatrique
  CMP
  Libéral

**AIDES TECHNIQUES EN PLACE :**

**■ URO-GENITALES :**

- Sonde à demeure
- Protections occasionnelles
  Protections permanentes

**■ LOCOMOTEUR :**

- Cannes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant
- Prothèse
- Lit médicalisé
- Lève-malade
- Réhausse WC
- Autres

**■ AUTRES :** .....  
 .....  
 .....

**AVIS SUR LES AIDES A METTRE EN PLACE (interventions humaines et/ou techniques complémentaires) :**

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

.....  
**Date :** **Cachet du médecin :** **Signature :**

Téléphone du cabinet : ..... Mail : .....  
 Portable : ..... Fax : .....