

## CERTIFICAT MÉDICAL

d'appui à une demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Sous enveloppe fermée, confidentielle, à l'attention du médecin du Pôle Autonomie Territorial (PAT)

- Noter sur l'enveloppe les nom, prénom et commune du domicile de votre patient -

NOM : Prénom : Date de naissance / / H F

TAILLE : POIDS : Commune de résidence :

MEDECIN TRAITANT :

MEDECINS SPECIALISTES :

### PATHOLOGIES PRINCIPALES

### ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux significatifs

Votre patient présente-t-il une addiction pouvant avoir un impact sur sa prise en charge ?  NON  OUI

Si oui, précisez :  ALCOOL  TABAC  Autre :

HOSPITALISATION RECENTE NON  OUI

- Date :
- Lieu :
- Motif :

- Date :
- Lieu :
- Motif :

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE UNE ORDONNANCE (nom, posologie, voie d'administration)

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour préparer ou prendre ses médicaments ?  NON  OUI

Votre patient est-il pris en charge actuellement ?  NON  OUI Précisez ci-dessous :

- **REEDUCATION**  NON  OUI Si oui, Kinésithérapie  Orthophonie  Autre (précisez) :
- **SOINS INFIRMIERS**  NON  OUI Si oui, précisez :

Les aides nécessaires seront évaluées lors de la visite à domicile (téléalarme, portage de repas, aide ménagère....) cependant, à votre avis, l'état de santé de votre patient nécessite-t-il une aide dans les domaines suivants ?

- **TOILETTE** NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- **HABILLAG** NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- **ALIMENTATION** NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Risque de fausse route  Ne sait pas
- **HYGIENE DE L' ELIMINATION** NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas   
Si besoin d'aide :  Jour  Nuit  Incontinence urinaire  Sonde  Incontinence anale  Stomie

