

CERTIFICAT MEDICAL

**relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)**

Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.

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

.....

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**
 Non Oui (merci de joindre si possible un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**
 Non Oui (merci de joindre si possible un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)

Si oui, précisez :

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

Stabilité Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles :)
 Aggravation Evolutivité majeure Non définie

4. Mobilité - Déplacements

> **Périmètre de marche ?** < 200 m > 200 m

> Le patient a-t-il :	Non	Oui
o Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ?** Non Oui (précisez)

Aide humaine Canne Déambulateur Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) :

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ?** Non Oui

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation et capacité motrice Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Marcher :
Se déplacer à l'intérieur :
Se déplacer à l'extérieur :
Préhension main dominante :
Préhension main non dominante :
Motricité fine :

Précisions :

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Orientation dans le temps :
Orientation dans l'espace :
Gestion de la sécurité personnelle :
Maîtrise du comportement :

Réponse adaptée aux questions ? Non Oui Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions:

.....

.....

Entretien personnel Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ NSP

Faire sa toilette :
S'habiller, se déshabiller :
Manger et boire des aliments préparés :
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions :

.....

.....

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

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

Fait à _____, le _____

Signature et CACHET du médecin
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)