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
o Une station debout pénible ?	☐	☐
o Une prothèse externe des membres inférieurs ?	☐	☐
o Une oxygénothérapie pour tous ses déplacements?	☐	☐

> **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) :	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur du domicile :	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur du domicile :	☐	☐	☐	☐
Avoir la préhension manuelle :	☐	☐	☐	☐
Avoir des activités de motricité fine :	☐	☐	☐	☐

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 :	☐	☐	☐	☐
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 : .....
.....
.....

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 :	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace :	☐	☐	☐	☐
Gérer sa sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐
Maîtriser son comportement :	☐	☐	☐	☐

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