RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

cerfa

Certificat médical pour demander l'APA à domicile avec ou sans demande de CMI

Annexe

Ce certificat médical peut être joint sous pli cacheté au dossier de demande lorsque le demandeur sollicite l'APA auprès du département.

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.

Celui-ci est adressé à l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'APA du département. Il peut donner lieu à un échange et un partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins.

1. Coordonnées du patient

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune / ville : .....

2. Pathologies et signes cliniques contribuant à l'atteinte de l'autonomie

Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

09/2023

L'annexe continue page suivante →

3. Prises en charges thérapeutiques

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

☐ Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : ☐ < 1 an ☐ > 1 an)

☐ Stabilité ☐ Aggravation ☐ Évolutivité majeure ☐ Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le périmètre de marche : ☐ < 200 m ☐ > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? ☐ Oui ☐ Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? ☐ Oui ☐ Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? ☐ Oui ☐ Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une canne ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un déambulateur ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un fauteuil roulant ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une autre aide technique ? ☐ Oui ☐ Non (précisez) : .....

6. 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 :

.....

.....

.....

09/2023

L'annexe continue page suivante →

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	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? ☐ Oui ☐ Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) : .....

Précisions :

.....

.....

.....

7. 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 numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :	Signature du médecin :

09/2023