

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

DOCUMENT À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL FERMÉ
AU MÉDECIN DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE APA

Cher(e) confrère, votre patient(e) demande à bénéficier d'une Allocation personnalisée d'autonomie, aide instituée par la loi N°2001-647 du 20 juillet 2001.

Cette allocation, servie en nature, est affectée à la rémunération des personnes ou services qui interviennent pour répondre aux besoins du demandeur afin de permettre son maintien à domicile.

Le montant de cette allocation tient compte de l'environnement, des aides nécessaires, du niveau de perte d'autonomie de l'intéressé(e) ainsi que de ses ressources. Pour me permettre d'apprécier au mieux le degré d'autonomie de votre patient(e) selon une grille nationale AGGIR, je vous serais obligé de bien vouloir remplir ce questionnaire avec précision, en indiquant toutes les pathologies, déficiences ou incapacités susceptibles d'avoir un retentissement dans l'exécution des actes essentiels de la vie.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel. Si votre patient(e) le souhaite, vous pouvez assister à la visite prévue par l'équipe au domicile de ce(tte) dernier(e). Vous remerciant par avance de votre coopération, je vous prie de recevoir mes salutations confraternelles.

Le médecin coordonnateur APA

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER

Nom: Prénom(s): Fait le: Médecin traitant:

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité: Monsieur MadameNom: Nom de naissance: Prénom(s): Date de naissance: Adresse:

PATHOLOGIE(S) ACTUELLE(S)

MOTIVANT LA DEMANDE D'APA:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX:

Consultation gériatrie: OUI NONConsultation mémoire: OUI NON

Y a-t-il eu une évaluation neuropsychologique?

 OUI (date et lieu): NON

INTERVENANTS MÉDICO-SOCIAUX:

IDE libérale: OUI NONHAD: OUI NONSSIAD: OUI NONAide à domicile: OUI NONKinésithérapeute: OUI NONOrthophoniste: OUI NONAutre (préciser):

TRAITEMENT ACTUEL:





AUTONOMIE ACTUELLE

LOCOMOTION

Transfert :

seul(e) aide partielle aide totale

Déplacement :

seul(e) avec difficulté
 tierce personne nécessaire
 fauteuil roulant
 cannes
 déambulateur
 ne se déplace pas

Antécédents de chutes sur les 3 derniers mois :

0 1 à 3 4 ou plus

ALIMENTATION

Mange seul(e)
 Requier une aide partielle
 Requier une aide totale

Troubles nutritionnels sévères : OUI NON

Perte de poids récente : OUI NON

Troubles de la déglutition : OUI NON

Alimentation entérale :

- sonde naso-gastrique OUI NON
- gastrotomie OUI NON

HABILLAGE / HYGIÈNE CORPORELLE

Douche : seul(e)
 avec une aide partielle
 avec une aide totale

Toilette : seul(e)
 avec une aide partielle
 avec une aide totale

Habillage : seul(e)
 avec une aide partielle
 avec une aide totale

ÉLIMINATION URINAIRE

Continence
 Incontinence diurne : occasionnelle
 fréquente
 Incontinence nocturne : occasionnelle
 fréquente
 Étui pénien
 Sonde urinaire
 Protection à usage unique
 Urostomie

ÉLIMINATION FÉCALE

Continence Colostomie
 Incontinence Protection à usage unique

COMMUNICATION

Troubles du langage :

absents modérés sévères

Troubles de l'audition :

absents modérés sévères

Troubles de la vision :

absents modérés sévères

ÉTATS NEURO-PSYCHIQUES

Troubles identifiés :

- cohérence :
 absents modérés sévères
- mémoire :
 absents modérés sévères
- orientation :
 absents modérés sévères

Conduite de déambulation :

absente modérée sévère

Risques de fugue :

absents modérés sévères

Conduite d'opposition :

absente modérée sévère

Troubles de l'humeur :

absents modérés sévères

Troubles du sommeil :

absents modérés sévères

Signature / cachet du médecin