

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

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : Monsieur MadameNom :
_____Nom de naissance :
_____Prénom(s) :
_____Date de naissance : Adresse :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER

_____DATE :

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

Changement de position (se lever d'un lit et/ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir) :

seul(e) aide partielle aide totale

Déplacement dans toutes les pièces de vie :

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

Aide à la préparation des repas OUI NON en partie

Aide pour manger et/ou boire OUI NON en partie

Aide pour couper les aliments et/ou se servir à boire OUI NON en partie

Troubles nutritionnels sévères : OUI NON

Perte de poids récente : OUI NON

Troubles de la déglutition : OUI NON

Alimentation entérale :

- sonde naso-gastrique OUI NON

- gastrostomie OUI NON

TOILETTE

FAIT SEUL(E)

Le haut du corps : OUI NON en partie

Le bas du corps : OUI NON en partie

HABILLAGE

FAIT SEUL(E)

Le haut du corps : OUI NON en partie

Le bas du corps : OUI NON en partie

Boutonnage, ceinture
bretelles, soutien-gorge : OUI NON en partie

ÉLIMINATION URINAIRE

Incontinence diurne : OUI NON parfois

Incontinence nocturne : OUI NON parfois

Aide au changement des protections : OUI NON en partie

Etui pénien : OUI NON

Sonde urinaire : OUI NON

Urostomie : OUI NON

ÉLIMINATION FÉCALE

Incontinence : OUI NON parfois

Aide au changement des protections : OUI NON en partie

Poche de Colostomie : OUI aide au changement
 NON

TROUBLES SENSORIELS

Troubles de l'audition :

absents modérés sévères

Appareillage : OUI NON

Troubles de la vision :

absents modérés sévères

COMMUNICATION / MÉMOIRE / ORIENTATION

Troubles identifiés de la communication :

absents modérés sévères

Troubles de la mémoire :

absents modérés sévères

Troubles de l'orientation dans le temps et/ou l'espace :

absents modérés sévères

COMPORTEMENT

Agressivité : OUI NON

Confusion : OUI NON

Mise en danger : OUI NON

Risque de fugue : OUI NON

Opposition aux aides : OUI NON

Troubles de l'humeur : Absents Modérés Sévères

Signature/cachet du médecin

Calvados



LE DÉPARTEMENT