

**AIDE SOCIALE PERSONNES AGEES -
PERSONNES HANDICAPEES**

Ce document sera joint obligatoirement aux demandes :

CERTIFICAT MEDICAL

A l'attention du médecin coordonnateur

I / Concernant des personnes handicapées pour :

- Aide ménagère
- Portage de repas
- Hébergement en établissement pour personnes âgées à titre dérogatoire

II / Concernant des personnes âgées pour :

- Toute demande d'aide ménagère égale ou supérieur à 18 heures

III / Il pourra également être réclamé de façon ponctuelle par l'équipe médicale

Nom : Né(e) le :
Prénoms :
Domicile :
Situation professionnelle : Activité / Maladie / Longue Durée / Invalidité / Retraite

AFFECTION PRINCIPALE

-Date de début :

- Depuis, l'affection :
 • a-t-elle régressé ? OUI - NON (1)
 • s'est-elle stabilisée ? OUI - NON
 • s'est-elle aggravée ? OUI - NON
 • a-t-elle un caractère définitif ? OUI - NON
 • est-elle liée à la sénescence ? OUI - NON

- La personne a-t-elle besoin d'un **traitement permanent** ? OUI - NON

Nature :

- Son état a-t-il nécessité un séjour en milieu spécialisé ? OUI - NON

Lieu : Dates :

Evolution et pronostic à long terme :

- La station debout est-elle pénible ? OUI - NON

- L'état mental justifie-t-il la nécessité d'un accompagnement à l'extérieur ? OUI - NON

S'IL S'AGIT PLUS PARTICULIEREMENT :

- Localisation (1) : Membres supérieurs : coudes - poignets - droit - gauche
 Membres inférieurs : genoux - chevilles - droit - gauche
 Ceintures pelviennes - scapulaire - droite - gauche
 Colonne vertébrale : cervicale - dorsale - lombaire

-Degré d'impotence fonctionnelle :

-Etiologie :

-Appareillage éventuel :

D'UNE AFFECTION NEUROLOGIQUE ET NEURO-VASCULAIRE

-Etiologie :
-Nature des troubles :
.....
.....
-Déficit : MID MIG MSD MSG
Minime
Parésie
Paralysie
-Importance de l'amyotrophie :
-Etat des réflexes :
-Comitialité : Type : Fréquence :
-Troubles de l'équilibre : Type : Fréquence :
-Troubles associés : Mentaux :
Autres :
.....
.....
.....

D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE

1/ Etat Névrotique (1) 2/ Psychologique (1) 3/ Déficitaire (1) 4/ Autres (1)
Précisions / Traitements :
.....
.....
.....
.....

AUTRE AFFECTION

- Etiologie :
-Natures des troubles, signes associés, etc ... :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVATIONS PERSONNELLES DU MEDECIN TRAITANT

- Attitude du sujet face à son handicap : l'assume bien / le tolère / l'accepte mal (1)
- L'entourage familial est-il coopératif ? OUI - NON (1)

Veuillez joindre les résultats des examens complémentaires, éventuellement effectués chez un spécialiste.

(1) rayer les mentions inutiles

A - ALIMENTATION, BOISSON

- sans aide directe : ☐
- aide limitée (ex. incitation, couper les aliments) ☐
- aide totale ou alimentation artificielle ☐
-
-

B - TOILETTE ET HABILLAGE (en dehors des changes)

- pas d'aide (sinon pour un bain/douche hebdomadaire) ☐
- aide partielle à la réalisation, incitation ☐
- assistance complète ☐
-
-

C - AIDE A L'ELIMINATION URINAIRE ET FECALE

- pas d'aide ☐
- aide légère pour l'accompagnement ☐
- aide pour incontinence urinaire : légère ☐ diurne ☐ nocturne ☐ ☐
- aide pour incontinence fécale ☐
- sonde à demeure : ☐ -anus iliaque : ☐
-
-

D - DEPLACEMENT (à l'intérieur de l'habitat)

- seul (e), sans aide ☐
- aide occasionnelle (stimulation ou accompagnement) ☐
- aide partielle (ex. pour satisfaire des besoins, aller au fauteuil) ☐
- aide totale (nécessitant habituellement 2 personnes) ☐
- fauteuil roulant manuel ☐ -fauteuil électrique ☐
- état grabataire complet ☐
-
-

E - SURVEILLANCE POUR TROUBLES DU COMPORTEMENT OU/ET DESORIENTATION

- pas de surveillance particulière ☐
- surveillance légère pour des difficultés rationnelles ou d'orientation ☐
- surveillance plus importante ☐
- opposition et agitation ☐ repli ☐ coopérant ☐
- surveillance attentive pour risque :
de coup ☐ de chute ☐ de fugue ☐
-
-

INTERVENANTS EXTERIEURS

- Auxiliaires médicaux : Soins à Domicile ☐ Fréquence :
- Infirmier ☐ Fréquence :
- Kinésithérapeute ☐ Fréquence :
- Aide-ménagère : Fréquence :

COMMENTAIRES

[illegible]

fait à : Le

Signature et tampon du médecin traitant indispensable