

Versailles, le



**Yvelines**  
Le Département

Conseil Départemental  
Direction Générale Adjointe des Solidarités  
Direction Autonomie Santé

Cher Confrère,

Votre patient(e) souhaite demander **l'Allocation Personnalisée d'Autonomie<sup>1</sup> à domicile (APA)**.

Dans le cadre de cette démarche, je vous remercie de bien vouloir remplir **le certificat médical** que vous trouverez ci-joint<sup>2</sup>. Ce document sous pli cacheté sera ouvert par un médecin de la coordination gérontologique locale (CGL)<sup>3</sup>.

Ce bilan médical permet une évaluation adaptée du degré d'autonomie de votre patient(e). Il sera complété par une visite à domicile d'un travailleur social pour faire le point sur son environnement et élaborer le cas échéant un plan d'aide adapté à ses besoins.

- Vous pouvez, si vous le souhaitez, assister à cette visite à domicile.
- Vous pouvez, si vous le souhaitez, être contacté par le médecin de la coordination.

Je vous remercie du temps que vous pourrez y consacrer.

Bien confraternellement,

Le Directeur Autonomie Santé  
Dr Sandrine ESQUIERRE

(1) L'APA a été instaurée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

Le certificat médical n'est pas obligatoire dans le cadre d'un dossier de demande d'APA, cependant l'article R.232-7 du Code d'Action Sociale et des Familles prévoit que le médecin traitant peut être consulté et qu'il peut assister à la visite à domicile.

NB : le certificat médical suffit, vous n'avez plus à remplir la grille AGGIR.

(2) Le certificat médical peut être téléchargé sur [www.yvelines.fr](http://www.yvelines.fr) (solidarité/personnes âgées/APA/formulaires)

(3) Coordonnées de la Coordination gérontologique locale de votre commune (CGL) sur [www.yvelines.fr](http://www.yvelines.fr) (solidarité, personnes âgées)

## CERTIFICAT MÉDICAL

d'appui à une demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Sous enveloppe fermée, confidentielle, à l'attention du médecin de la CGL (coordination gériatrique locale)

- Noter sur l'enveloppe les nom, prénom et commune du domicile de votre patient -

NOM : Prénom : Date de naissance / / H F

TAILLE : POIDS :

MEDECIN TRAITANT :

MEDECINS SPECIALISTES :

### PATHOLOGIES PRINCIPALES

### ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux significatifs

Votre patient présente-t-il une addiction pouvant avoir un impact sur sa prise en charge ?  NON  OUI

Si oui, précisez :  ALCOOL  TABAC  Autre :

HOSPITALISATION RECENTE  NON  OUI

- Date :
- Lieu :
- Motif :

- Date :
- Lieu :
- Motif :

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE UNE ORDONNANCE (nom, posologie, voie d'administration)

Votre patient a-t-il besoin d'aide pour préparer ou prendre ses médicaments ?  NON  OUI

Votre patient est-il pris en charge actuellement ?  NON  OUI Précisez ci-dessous :

- **REEDUCATION**  NON  OUI Si oui,  Kinésithérapie  Orthophonie  Autre (précisez) :
- **SOINS INFIRMIERS**  NON  OUI Si oui, précisez :

Les aides nécessaires seront évaluées lors de la visite à domicile (téléalarme, portage de repas, aide ménagère....) cependant, à votre avis, l'état de santé de votre patient nécessite-t-il une aide dans les domaines suivants ?

- **TOILETTE**  NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- **HABILLAGE**  NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas
- **ALIMENTATION**  NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Risque de fausse route  Ne sait pas
- **HYGIENE DE L'ELIMINATION**  NON, pas d'aide  Partielle  Totale  Ne sait pas  
Si besoin d'aide :  Jour  Nuit  Incontinence urinaire  Sonde  Incontinence anale  Stomie

