

Département des Côtes d'Armor

# Bulletin médical

(daté de moins de 3 mois)

(À joindre au dossier administratif sous pli confidentiel destiné au Médecin Conseil de la Direction personnes âgées et personnes handicapées ou aux professionnels para-médicaux du Département).

Objet : Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

## Personne pour laquelle l'aide est sollicitée

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse	

## Bilan de santé

	Poids ..... kg	Taille ..... cm
<b>Pathologie principale</b> responsable de la perte d'autonomie		
<b>Autres pathologies</b>		
<b>Déficits visuel et auditif</b>		
<b>Traitement médical</b>		
<b>Interventions paramédicales</b> (kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, HAD)		
<b>Perspectives d'évolution</b>	<input type="checkbox"/> Aggravation	<input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Amélioration

## Votre patient présente-t-il les troubles suivants ? Commentaires éventuels

<b>Incontinence</b>	Urinaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> Sonde à demeure		
	Anale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> Poche de colostomie		
<b>Déficit cognitif</b>	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Trouble praxiques/gnosiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>Cohérence</b>	Réponse adaptée aux questions	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Bonne capacité de raisonnement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Bonne capacité de jugement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>Orientation dans le temps</b>	<input type="checkbox"/> Bien orienté	<b>Orientation dans l'espace</b>		<input type="checkbox"/> Bien orienté
	<input type="checkbox"/> Troubles mineurs			<input type="checkbox"/> Troubles mineurs
	<input type="checkbox"/> Troubles majeurs			<input type="checkbox"/> Troubles majeurs
<b>Score MMS</b> (s'il est connu) . . . . .				

## Évaluation de la perte d'autonomie de votre patient

Votre patient a-t-il besoin d'aide d'une tierce personne ou d'une stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne suivants ?

	Besoin de tierce personne	Besoin de stimulation	Commentaires éventuels
<b>Se lever du lit et/ou se coucher</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Marcher dans son logement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Faire sa toilette</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>S'habiller</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Manger</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vous pouvez si vous le souhaitez apporter des précisions :

## Votre patient peut-il réaliser seul les actes suivants ?

<b>Faire ses courses</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Gérer son traitement</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Faire la cuisine</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>Gérer son budget</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Votre patient a-t-il besoin d'aides techniques ? (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève-malade...)

(ces éléments n'ont pas d'incidence sur le groupe GIR)

Bulletin rempli le .... / .... / .....

Cachet et signature du médecin



DÉPARTEMENT DES CÔTES D'ARMOR  
DIRECTION PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES

**ALLOCATIONS POUR L'AUTONOMIE**  
9 place du Général de Gaulle | CS 42371  
22023 Saint-Brieuc Cedex 1  
Courriel : contact.apa@cotesdarmor.fr