

DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
à remplir par le médecin traitant désigné par la personne
(mettre sous pli cacheté et joindre à la demande)

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE : _____

SEXE |_| Homme = 1
Femme = 2

La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée d'autonomie ? |_|
(Oui = O , Non = N)

La personne bénéficie-t-elle de la prestation de compensation du handicap? |_|
(Oui = O , Non = N)

La personne bénéficie-t-elle d'une allocation tierce personne ? |_|
(Oui = O , Non = N)

La personne est-elle sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice ? |_|
(Oui = O , Non = N)

SITUATION SOCIALE et MEDICALE

CONTEXTE SOCIAL |_|
Totalemt seule = 1 Seule mais entourée = 2 En couple = 3 Accueillie = 4
Autre = 5 précisez :

LA PERSONNE BENEFICIE-T-ELLE D'UN PASSAGE INFIRMIER ? |_|
(Oui = O , Non = N)

LEQUEL ? |_|_|_|_|
(Infirmier(e) libéral(e) = LIB ; Service de Soins Infirmiers à Domicile = SSI ; Hospitalisation à domicile = HAD)

Nombre de passages quotidiens :

AUTRES SOINS (Paramédicaux, lesquels ?) :

LES PATHOLOGIES

LES PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT :

1 = s'il s'agit d'une pathologie aiguë 2 = s'il s'agit d'une pathologie chronique ou stabilisée
3 = s'il s'agit de la phase terminale d'une affection

| | | |
|---------------------|---|-------------|
| - 1 | _ | évolutivité |
| - 2 | _ | |
| - 3 | _ | |
| - 4 | _ | |
| - 5 | _ | |
| - 6 | _ | |
| - Traitement actuel | | |

**PRECISIONS CONCERNANT
L'ETAT DE DEPENDANCE**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

NOUS SOUHAITERIONS AVOIR VOTRE AVIS SUR L'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT SELON LA GRILLE A.G.G.I.R. : (A : fait seul totalement habituellement et correctement ; B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ; C : ne fait pas du tout)

| 1°) Appréciation sur ses capacités et sur les actes qu'il peut réaliser : | A | B | C |
|--|---|---|---|
| COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée | | | |
| ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux | | | |
| TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle | | | |
| HABILLEMENT : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage | | | |
| ALIMENTATION : manger les aliments préparés | | | |
| ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | | | |
| TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir | | | |
| DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | | | |
| DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | | | |
| COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone , sonnette, alarme... | | | |
| SUIVI DU TRAITEMENT : | | | |
| ACTIVITES MENAGERES : ménage, préparation des repas.... | | | |

2°) Votre avis sur l'évolution de l'état de dépendance du patient, précisez :

SIGNATURE

CACHET

DATE