



**SEINE-MARITIME**  
- LE DÉPARTEMENT -

# ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE

**DOCUMENT MEDICAL**  
A remplir par le médecin traitant\*

**A insérer dans l'enveloppe confidentielle**  
destinée au médecin de la Direction de l'Autonomie

\* ou en cas d'hospitalisation par le médecin hospitalier

## DOCUMENT MEDICAL DE LIAISON

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre patient a déposé une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie fonctionnelle, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel.

Pour l'élaboration de son plan d'aide, qui tient compte également de l'environnement et de ses besoins, je pourrais être amené à vous contacter.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient.

**Si l'attribution de cette allocation présente un caractère d'urgence, vous pouvez contacter directement le service médical de la Direction de l'Autonomie (tél secrétariat : 02 76 51 63 02).**

Le médecin de la Direction de l'Autonomie



## 1. ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

## 2. ENVIRONNEMENT SOCIAL

Vit seul(e)       Veuvage      Date ..... / ..... / .....

Vit en couple       Conjoint non valide

Présence d'un aidant principal :

Identité de l'aidant principal :       Conjoint       Enfant       Autre : .....

Aidant principal vivant au domicile

Isolement      Si oui       Familial       Social

Informations complémentaires :

.....  
.....

## 3. HOSPITALISATION

**Motif d'hospitalisation** .....

Dans les trois derniers mois

En cours

**En cas d'hospitalisation en cours :**

Lieu avec coordonnées : .....

Date d'entrée : ..... / ..... / .....

Date prévue de retour au domicile : ..... / ..... / .....

## 4. DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE

.....  
.....  
.....

**Évolution prévisible :**       Amélioration       Stabilisation       Aggravation

## 5. AUTRES PATHOLOGIES AYANT DES REPERCUSSIONS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

### ETAT NEUROPSYCHOLOGIQUE : pathologies neurologiques et/ou psychiatriques

Troubles de la mémoire :  Absents  Légers à modérés  Sévères

Troubles de l'orientation :  Absents  Légers à modérés  Sévères

MMS : \_\_\_\_\_ /30

Pathologie Psychiatrique

Troubles chroniques du comportement :

Idées délirantes

Agitation, agressivité

Déambulation

Anxiété majeure

Apathie

Troubles dépressifs

Déficience intellectuelle

Légère à modérée

Sévère

Diagnostic :

.....  
.....

Traitement : .....

### APPAREIL LOCOMOTEUR

Troubles de la mobilité :  Membre supérieur  Membre inférieur

Antécédent de chute durant les 12 derniers mois :  1 chute  2 chutes ou plus

État grabataire

Déplacements avec aide :  Humaine  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

Diagnostic(s) et ancienneté des troubles :

.....  
.....

### APPAREILS AUDITIF, VISUEL ET VERBAL

Troubles du langage avec retentissement sur la vie quotidienne

Troubles de l'audition avec retentissement sur la vie quotidienne

Troubles de la vision avec retentissement sur la vie quotidienne

Diagnostic(s) et appareillage :

.....  
.....

### APPAREIL CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

Diagnostic(s) et traitement :

.....  
.....

## MALADIES ONCOLOGIQUES

Diagnostic et date :

.....  
.....

Traitement en cours :

.....  
.....

## ETAT GENERAL, MALADIES SYSTEMIQUES ET AUTRES PATHOLOGIES

Perte de poids involontaire durant les 6 derniers mois

Poids : ..... IMC : .....  Maigreur  Obésité  Dénutrition  Escarres

Addiction à l'alcool  Sevrée  Non sevrée

Troubles de déglutition  Stomie  Sonde nasogastrique

Incontinence urinaire  Incontinence fécale

Autres :

.....  
.....  
.....

## 6. QUELLES SONT LES AIDES EXISTANTES ?

Aidants familiaux  Service d'aide à domicile  Téléalarme  Portage des repas

IDE: interventions réalisées : .....

SSIAD :  1 fois/jour  2 fois/jour

HAD

Kinésithérapeute

Accueil de jour :  1 fois / semaine  2 fois /semaine

Réseau de soins palliatifs : .....

## 7. QUELLES SONT LES AIDES NECESSAIRES AU MAINTIEN A DOMICILE ?

• Aide ménagère :

Ménage  Linge  Courses  Préparation des repas

• Aides à la personne :

Stimulation  Surveillance  Surveillance du repas  Aide à la prise du repas

Habillage  Toilette  Aide aux déplacements  Aide aux transferts

Gestion de l'hygiène de l'élimination

• **Aides techniques :**

- Barre d'appui    Siège de bain    Rehausseur WC    Matériel à Usage Unique  
 Autres .....

• **Aménagement du logement (salle de bains...) :** .....

• **Autres prestations**

- Portage de repas    Téléalarme    Accueil de jour  
 Hébergement temporaire    Répit de l'aidant

• **En cas d'hospitalisation en cours, aides mises en place pour la sortie :**

.....  
.....

**Certificat rempli le :** .....

**Coordonnées et cachet du médecin ayant rempli le DML :**

**CADRE RESERVE AU MEDECIN DE LA DIRECTION DE L'AUTONOMIE**

.....  
.....  
.....

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECRETS N° 2016-994 ET N° 2016-996 DU 20 JUILLET 2016**

Conformément aux décrets visés ci-dessus, les membres de l'équipe médico-sociale du Département intervenant dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peuvent échanger ou partager des informations relatives aux prises en charge dans la limite des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, de la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne, dans le cadre du périmètre de leurs missions.

**DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire. Conformément aux articles 32, 39 et 40 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives sont notamment informées que :

1. Les destinataires des informations collectées sont les services du Département de la Seine-Maritime habilités à instruire les dossiers et le cas échéant les administrations et organismes conventionnés par le Département au vu de leur mission spécifique. Les professionnels de santé sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles L.1110-4 et R.4127.-4 du Code de la Santé Publique.
2. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectifications aux informations qui les concernent. Elles peuvent exercer ce droit en envoyant un courrier électronique au Correspondant Informatique et Libertés du Département de la Seine-Maritime (cil@seinemaritime.fr) ou en lui adressant un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Correspondant Informatique et Libertés – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101 – 76101 Rouen Cedex.