

**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de dossier APA (en cas de révision) : \_\_\_\_\_  
Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_



Direction des Personnes Agées

**Coordonnées de la personne de confiance (personne à contacter en cas de nécessité)**

M./Mme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**APA VAL D'OISE  
QUESTIONNAIRE MEDICAL** 1<sup>ère</sup> demande Révision pour aggravation

Cher Confrère,

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 et le Décret n°2016-210 du 26 février 2016, relatifs aux conditions d'attribution de l'A.P.A, tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une Allocation Départementale Personnalisée à l'Autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

La demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie est instruite par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille nationale AGGIR qui permet de déterminer le groupe Iso-ressources correspondant à votre patient et ses principaux besoins d'aide.

Le questionnaire médical, ci-après, que je vous remercie de compléter ainsi que l'évaluation de la dépendance de votre patient, à l'aide de la grille AGGIR en page 4, sont des éléments importants du dossier permettant de guider l'équipe médico-sociale dans la proposition d'un plan d'aide individualisé.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au secret professionnel (art.378 du Code Pénal).

Ce questionnaire médical est à insérer dans l'enveloppe secret médical qui doit être jointe au dossier administratif.

En vous remerciant par avance de votre collaboration et restant à votre disposition pour de plus amples informations, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le Médecin référent  
Chef du Service d'Evaluation.

**CLINIQUE**

Pour chaque affection, préciser les déficiences

**ANTECEDENTS :**

**ETAT GENERAL :** Taille :

Poids :

**PSYCHIATRIE :**

- Déficiences intellectuelles :
- Troubles du comportement (fugues, agitations...) :

**NEUROLOGIE :**

**OPHTALMOLOGIE :**

AVOD :

AVOG :

CHAMP VISUEL :

Amélioration par traitement médical ou chirurgical

Possible

Impossible

**O.R.L. :**

Audition :

Langage :

**ODONTOLOGIE :**

**CARDIO-VASCULAIRE :**

**HEMATOLOGIE, SYSTEME IMMUNITAIRE :**

**PNEUMOLOGIE :**

**RHUMATOLOGIE :**

Appareil locomoteur

**GASTRO-ENTEROLOGIE :**

**URO-GENITAL :**

Contenance

Incontinence

**METABOLIQUE :**

**DERMATOLOGIE :**

**AUTRES PROBLEMES (tabac, alcool...) :**

**CLINIQUE (suite)**

**TRAITEMENT ACTUEL :**

**APPAREILLAGES, AIDES TECHNIQUES :**

- Fauteuil roulant
- Déambulateur
- Canne(s) anglaise(s)
- Matériel à usage unique pour incontinence
- Canne simple
- Lit médicalisé
- Lève-malade
- Autres  Préciser : \_\_\_\_\_

<b>AIDES ACTUELLES</b>	<b>FREQUENCE ACTUELLE</b>	<b>FREQUENCES SOUHAITEES PAR LE MEDECIN</b>
<b>Soins infirmiers :</b>		
<b>Kinésithérapie :</b>		
<b>Aides à domicile :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aide-soignante</li><li>- Auxiliaire de vie</li><li>- Garde à domicile</li><li>- Aide ménagère</li></ul>		

**PATHOLOGIE ENTRAINANT ou AGGRAVANT LA PERTE D'AUTONOMIE:**

**CONCLUSIONS – OBSERVATIONS – POSSIBILITES D'AMELIORATION :**

**Fait le :**

**Signature et cachet du médecin obligatoires**

**APA Val d'Oise**  
**GRILLE D'EVALUATION DE LA DEPENDANCE**  
**POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE**  
**D'AUTONOMIE A DOMICILE**

**VARIABLES DISCRIMINANTES**

	<b>AUTONOMIE (A B C)</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée		
Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
Toilette : assurer son hygiène corporelle		
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter		
Alimentation : se servir et manger les aliments préparés		
Elimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale		
Transfert : se lever, se coucher, s'asseoir		
Déplacement à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant,...		
Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme,...		

**VARIABLES ILLUSTRATIVES**

Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
Cuisine : préparer des repas et les conditionner pour être servis		
Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport individuel ou collectif		
Achats : acquisition directe ou par correspondance		
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin		
Activités de temps libre : sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou passe-temps		

**Priorités à mettre en œuvre pour aider la personne à son domicile :**

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement, spontanément  
 B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement, non spontanément  
 C : Ne fait pas