



**DIRECTION GENERALE ADJOINTE DES SOLIDARITES
DIRECTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA MDPH**

MISSION ACCUEIL FAMILIAL

34 avenue du Maréchal Maunoury - 41000 BLOIS
LIVRE IV – TITRE IV du Code de l'Action Sociale et des Familles

CERTIFICAT MEDICAL

*destiné à l'évaluation de la dépendance et des besoins d'aide
à la vie quotidienne des personnes concernées*

(A retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil dans l'enveloppe jointe)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

PRINCIPALES PATHOLOGIES ET HANDICAPS :

.....
.....

I – ETAT DE SANTE ACTUEL ET AUTONOMIE

Altération de l'état général OUI NON

Trouble de la mémoire OUI NON

Trouble de l'orientation temporo-spatiale OUI NON

Trouble du langage OUI NON

Trouble du comportement OUI NON

Risque de fugue OUI NON

Conduites addictives OUI NON

si oui, à quelle substance :

Surcharge pondérale invalidante OUI NON

Régime alimentaire :
.....
.....

Risque de fausse route OUI NON

Élimination :

Incontinence urinaire OUI NON

Incontinence fécale OUI NON

Protection OUI NON

si oui, gérée par la personne elle-même
 non gérée par la personne elle-même

Sonde urinaire à demeure OUI NON

Déficience sensorielle :

auditive OUI NON

de quelle intensité :

appareillée OUI NON

visuelle OUI NON

de quelle intensité :

appareillée OUI NON

Effectue ses transferts seule :

coucher/debout OUI NON

assis/debout OUI NON

Déplacements :

La personne peut-elle se déplacer seule OUI NON

Station debout difficile ou impossible OUI NON

Trouble de l'équilibre OUI NON

Utilise-t-elle des aides techniques OUI NON

Si oui, lesquels :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> déambulateur | <input type="checkbox"/> lit médicalisé |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> canne simple |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> canne béquille |

autre, à préciser :

II – TRAITEMENT ACTUEL

.....
.....

Nécessité de soins infirmiers OUI NON

si oui, lesquels :

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin spécialiste :

Affection de longue durée OUI NON

si oui, laquelle :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle :

Cachet

Fait le :
Signature

Nom :

Prénom :

AGGIR

		NE FAIT PAS	S	T	C	H
1- Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Déplacements intérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Activités temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Cohérence communication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NE FAIT PAS :
Ne fait jamais,
même partiellement
et même difficilement,
il faut faire à la place
ou faire faire
ou TOUT REFAIRE

Si la personne fait,
même difficilement
cochez les cases S T C H
quand les conditions
pour l'adverbe NE SONT
PAS REMPLIES

➔ S- Spontanément
T- Totalelement
C- Correctement
H- Habituellement