



MISSION AUTONOMIE
Service des Droits et
Prestations pour l'Autonomie
des Personnes Agées et
Handicapées

Cher confrère,

Votre patient a fait une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Afin de pouvoir traiter son dossier dans les meilleurs délais, je vous prie de bien vouloir compléter ce formulaire et me le faire parvenir au moyen de l'enveloppe ci-jointe.

Je me permettrai de prendre éventuellement contact avec vous pour des renseignements complémentaires.

Avec tous mes remerciements.

Le Médecin du Conseil Départemental

PATIENT	MEDECIN TRAITANT (cachet)
Nom et prénom du patient :	Nom :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
Téléphone :	Signature : Date :

AFFECTIONS A L'ORIGINE DE LA DEPENDANCE

ÉLÉMENTS DE DÉPENDANCE PHYSIQUE

1. Transferts et déplacements

1.1 Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)

seul aide ponctuelle aide systématique

1.2. Déplacements intérieurs

seul aide ponctuelle aide systématique

2. Soins personnels

2.1 Toilette

seul aide partielle ou stimulation aide totale

2.2 habillage

seul aide partielle ou stimulation aide totale

3. Alimentation (hors préparations des repas)

3.1 Se servir

seul aide partielle (couper...) aide totale

3.2 Manger

seul aide partielle aide totale

4. Gestion de l'élimination

4.1 Urines

gère seul partiellement ne gère pas

4.2 Selles

gère seul partiellement ne gère pas

ETAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

Troubles de la mémoire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles de la cohérence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Désorientation temporo-spatiale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agitation, fugues, surveillance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles du langage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

AIDES EN PLACE

Aidants : (infirmières, aides-soignantes, aide-ménagères ...) :

Aides techniques : (fauteuil roulant, déambulateur, canne) :

Autres : (articles d'hygiène, téléalarme ...) :