

DEPARTEMENT DU DOUBS

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

A.P.A

Fiche de renseignement du médecin traitant

Identification du demandeur	
<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame
Nom de naissance	_____
Nom marital	_____
Prénom	_____
Adresse actuelle	_____

Madame, Monsieur le Docteur,

En application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, je vous propose ce document, pièce facultative, à remplir et à remettre à votre patient pour le joindre à son dossier d'APA.

La demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médicosociale du Département du Doubs, dont au moins l'un des membres se rend au domicile du demandeur.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicosociale et l'ensemble des services du département sont astreints au secret professionnel.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à l'élaboration de ce document qui participera à optimiser l'évaluation et la proposition du plan d'aide personnalisé de votre patient en fonction de ses besoins et de son degré de dépendance.

Document établi par le Docteur _____
Le _____ à _____ Signature et cachet du médecin

1. FICHE DE DEFICIENCES

DEFICIENCES	OUI	NON	Observations
Déficiência intellectuelle			
Trouble du psychisme			
Trouble du comportement			
Déficiência auditive			
Déficiência visuelle			
Déficiência du langage			
Trouble de la déglutition			
Déficiência de l'élimination			
Déficiência motrice			
Autres			

2. ACTES ESSENTIELS

ACTES	Seul	Avec aide	Jamais réalisé
Transfert			
Marche à l'intérieur			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Élimination			
Déplacement à l'extérieur			

Périmètre de marche :

Station debout pénible : Oui Non

Besoin d'accompagnement : Oui Non

Votre patient a-t-il conscience de ses troubles ou de ses déficiences : Oui Non

3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE

a) Aidant familial :

b) Traitement

	Oui	Non	Observations
Prise autonome			
Préparation par un tiers			
Administration par un tiers			

c) Organisation actuelle du réseau de soins : (indiquer si possible leurs coordonnées)

- Infirmière à domicile : _____

- Kinésithérapeute : _____

- Aide-soignante : _____

- Autres : _____

d) Nécessité selon vous d'une toilette médicalisée : Oui Non

e) Oxygénothérapie : Oui Non

4. OBSERVATIONS EVENTUELLES.