



**À REMETTRE
SOUS PLI CACHETÉ À L'INTÉRESSÉ**

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous remercie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du code pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

Sexe : F M

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES (à cocher)	COMMENTAIRES
1. Cardio-vasculaires	1.1 Insuffisance cardiaque / myocardiopathie		
	1.2 Athérosclérose		
	1.3 Troubles du rythme		
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies		
	2.2 Insuffisance respiratoire		
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser)		
	3.2 Épilepsie		
	3.3 Syndrome parkinsonien		
	3.4 Pathologies neurodégénératives		
	3.5 États anxio-dépressifs		
	3.6 Psychose, délire, hallucinations		
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées		
	3.8 Éthylisme		
4. Ostéo-articulaires	4.1 Pathologies dégénératives (à préciser)		
	4.2 Pathologies inflammatoires (à préciser)		
	4.3 Séquelles post traumatiques (à préciser)		
5. Gastro-entérologiques	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques		
	5.2 Incontinence fécale		
	5.3 Autres		
6. Endocriniennes	6.1 Diabète		
	6.2 Dysthyroïdie		
	6.3 Dénutrition		
	6.4 Déshydratation		
7. Uro-néphrologiques	7.1 Insuffisance rénale		
	7.2 Incontinence urinaire		
8. Hématologie et cancérologie	8.1 Anémies		
	8.2 Cancers (à préciser)		
	8.3 Hémopathies malignes (à préciser)		
9. Pathologies sensorielles	9.1 Pathologies ophtalmologiques (à préciser)		
	9.2 Pathologies auditives (à préciser)		

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES				
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative					
				Signes de décompensation				
				<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle				
				<input type="checkbox"/> Dysarthrie	<input type="checkbox"/> Aphasie, mutité			
				Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale		<input type="checkbox"/> non verbale		
				Localisation	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSG	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIG
				Troubles de l'équilibre				
				Suivi neuro-psychiatrique				
				Troubles de mémoire		MMS :		
						Imagerie :		
Troubles du comportement		<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Agressivité					
		<input type="checkbox"/> Fugue	<input type="checkbox"/> Déambulation					
				Aides techniques	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant		
				<input type="checkbox"/> Déambulateur	Autre :			
				Type d'alimentation				
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Stomie			
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID	<input type="checkbox"/> DID		
				Poids :				
				Taille :				
				<input type="checkbox"/> Protections pour incontinence	<input type="checkbox"/> SAD			
				<input type="checkbox"/> Dialyse	Fréquence :			
				Acuité visuelle après correction	Œil droit :			
						Œil gauche :		
				Déficit auditif moyen	Oreille droite :			
				Oreille gauche :				

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES pour une demande de carte mobilité inclusion (CMI)

- **Station debout pénible** oui non
Si limitation, chiffrez la durée :
- **Périmètre de marche limité** oui non
Si limitation, chiffrez en mètres :
- **Montée/descente d'escaliers limitée** oui non
Si limitation, donnez le nombre d'étages :
- **Appareillages nécessaires pour les déplacements** oui non
(cane, déambulateur, fauteuil roulant, prothèse externe, etc.)
Si oui, précisez lesquels :
- **Oxygénothérapie** oui non
Si oui, chiffrez le débit et la durée :
- **Déplacements seul(e) :** possible impossible
- **Nécessité d'accompagnement :**
Pour trajets simples oui non
Pour trajets complexes oui non
- **Utilisation transports en commun :**
Seul(e) possible impossible
Accompagné(e) possible impossible
- **Conduite automobile :**
Sur véhicule classique possible impossible
Sur véhicule aménagé possible impossible

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

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

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

GRILLE À REMPLIR

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	• Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		• Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
5	HABILLAGE	• Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	• Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	• Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			
		• Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	• Communication : avec autrui dans la vie courante			
		• Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- D'un service de soins à domicile oui non
- D'une infirmière à domicile oui non
- D'une aide à domicile oui non

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**

À l'attention du médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

Nom du demandeur

Commune

Canton

Art. L1111-7 du code de la santé publique (art.11L n°2002-303 du 4 mars 2002) :
« Toute personne peut accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne,
aux informations à caractère médical qui la concernent dans les conditions définies par voie réglementaire »