



**SEINE-MARITIME**  
- LE DÉPARTEMENT -

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

Document médical à remplir par le médecin traitant  
ou par le médecin hospitalier en cas d'hospitalisation

Destiné au Service médical et paramédical  
de la Direction de l'Autonomie

**À insérer dans l'enveloppe confidentielle**

P.1677IA/2

## DOCUMENT MÉDICAL DE LIAISON

Votre patient a déposé une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie fonctionnelle, le Département vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel.

Pour l'élaboration de son plan d'aide, qui tient compte également de l'environnement et de ses besoins, le service médical et paramédical pourra être amené à vous contacter.

Ce dernier vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient.

**Si l'attribution de cette allocation présente un caractère d'urgence, le médecin uniquement pourra joindre directement le service médical et paramédical de la Direction de l'Autonomie (tél secrétariat : 02 76 51 63 02 ou par mail : [directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr](mailto:directiondelautonomie.sante76@seinemaritime.fr)).**



## 1. ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 2. ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Vit seul(e)       Vit avec une personne valide  
 Vit avec une personne non valide ou en situation de handicap  
 Vit chez une autre personne
- Isolement       Familial       Social

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

## 3. HOSPITALISATION

Motif d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

- Dans les trois derniers mois  
 En cas d'hospitalisation en cours

Lieu avec coordonnées : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Date prévue de retour au domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 4. DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Évolution prévisible :       Amélioration       Stabilisation       Aggravation

## 5. AUTRES PATHOLOGIES AYANT DES RÉPERCUSSIONS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

### ÉTAT GÉNÉRAL

- Perte de poids involontaire durant les 6 derniers mois
- Poids : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_       Dénutrition       Escarres
- Troubles de déglutition
- Grabatisation

Autres : \_\_\_\_\_

### ÉTAT NEUROPSYCHOLOGIQUE : pathologie(s) neurologique(s) et/ou psychiatrique(s)

- Troubles de la mémoire :       Absents       Légers à modérés       Sévères
- Troubles de l'orientation :       Absents       Légers à modérés       Sévères

MMS : \_\_\_\_ /30

**Troubles chroniques du comportement :**

Idées délirantes

Agitation

Agressivité

Déambulation

Anxiété majeure

Apathie

**Pathologie(s) neurologique(s) :** \_\_\_\_\_

**Troubles dépressifs**

**Addiction à l'alcool non sevrée**

**Pathologie(s) psychiatrique(s) :** \_\_\_\_\_

**Déficience intellectuelle (avant l'âge de 18 ans)**

**Diagnostic(s) :** \_\_\_\_\_

## APPAREIL LOCOMOTEUR

**Troubles de la mobilité :**

Membre supérieur

Membre inférieur

**Antécédent de chute durant les 12 derniers mois :**

2 chutes ou plus

**Déplacements intérieurs avec aide :**

Humaine

Canne

Déambulateur

Fauteuil roulant

**Déplacements extérieurs systématiquement avec aide<sup>(1)</sup> :**

Humaine

Canne

Déambulateur

Fauteuil roulant

**Prothèse de membre inférieur suite à une amputation**

**Station debout prolongée pénible<sup>(2)</sup>**

Périmètre de marche<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_ mètres

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

(2) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion priorité

**Diagnostic(s) et ancienneté des troubles :** \_\_\_\_\_

## APPAREILS AUDITIF, VISUEL ET VERBAL

**Troubles du langage avec retentissement sur la vie quotidienne**

**Troubles de l'audition avec retentissement sur la vie quotidienne**

**Appareillés**

**Troubles de la vision avec retentissement sur la vie quotidienne**

**Diagnostic(s) :** \_\_\_\_\_

## APPAREIL CARDIOVASCULAIRE ET RESPIRATOIRE

**Diagnostic(s) et traitement(s) :** \_\_\_\_\_

**Oxygénothérapie :** \_\_\_\_\_h/24h

**Pour les déplacements extérieurs<sup>(1)</sup>**

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

## MALADIES ONCOLOGIQUES

**Diagnostic et date :** \_\_\_\_\_

**Nécessité d'un accompagnement systématique par une tierce personne pour tout déplacement extérieur<sup>(1)</sup>**

(1) A renseigner en cas de demande de carte mobilité inclusion stationnement

**La réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied ou le besoin d'accompagnement systématique est-il définitif ?**

Oui

Non, si non durée prévisible ? \_\_\_\_\_

## 6. QUELLES SONT LES AIDES EXISTANTES ?

Aidants familiaux	Prestations d'aide à domicile	Télé alarme	Portage de repas	HAD	Kiné	SSIAD		Accueil de jour	
						1 f/j	2 f/j	1 f/sem	2 f/sem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDE : Interventions réalisées	Nom du réseau de soins palliatifs
AUTRES :	

## 7. QUELLES SONT LES AIDES À METTRE EN PLACE ?

Tâches ménagères	Ménage	Linge	Courses	Préparation des repas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aides à la personne	Toilette	Habillage	Prise des repas	Surveillance des repas	Déplacements	Transferts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimulation	Surveillance	Gestion de l'hygiène de l'élimination			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres prestations	Portage du repas	Télé-Alarme	Matériel à usage unique	Hébergement temporaire	Répit de l'aidant	Accueil de jour
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques (*)						
Aménagement du logement (*)						

En cas d'hospitalisation en cours, aides mises en place pour la sortie :

\* Si besoin, il existe un feuillet spécifique pour ces demandes sur [www.seinemaritime.fr](http://www.seinemaritime.fr) (rubrique personnes âgées-bénéficiaires d'aides-APA)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant dans ce formulaire. Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations à caractère personnel sont notamment informées que :

- 1 Le Département, responsable de traitement, effectue un traitement des données collectées, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :
  - Code de l'action sociale et des familles,
  - Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
  - Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
  - Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.
- 2 Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'équipe médico-sociale du Département de la Seine-Maritime.
- 3 Les informations sont conservées conformément à l'article R. 232-46 du décret n° 2017-880 du 9 mai 2017.
- 4 Les personnes bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de limitation aux informations qui les concernent et peuvent définir le sort de leurs données après leur décès. Elles peuvent exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données - Département de la Seine-Maritime - Hôtel du Département - CS56101 - Quai Jean Moulin - 76101 Rouen cedex ou par mail (dpo@seinemaritime.fr).
- 5 Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement, demander l'effacement des données les concernant ou retirer leur consentement à tout moment, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.
- 6 Elles peuvent enfin introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex, [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Certificat rempli le : \_\_\_\_\_

**Coordonnées et cachet du médecin ayant rempli le DML :**