



# Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile

## Certificat médical

(A remplir par le Médecin traitant désigné par la personne)

**Nom de famille :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Nom d'usage :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin :**

(Afin d'organiser au mieux la visite de l'évaluateur APA)

### Pathologie principale motivant la demande :

(Date d'apparition, évolution prévisible, retentissement...)

### Antécédents :

(En particulier ayant une incidence sur l'autonomie)

### Appareillages éventuels :

- |                                           |                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé   | <input type="checkbox"/> Cannes              |
| <input type="checkbox"/> Barrières        | <input type="checkbox"/> Fauteuil garde-robe |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Urinal ou bassin    |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur     | <input type="checkbox"/> Protections         |
| <input type="checkbox"/> Autres :         |                                              |

## DESCRIPTION CLINIQUE ET DEFICIENCES CONSTATEES :

**Poids :**

**Taille :**

**Etat général :**

### Fonctions supérieures et comportement :

(Nature des troubles, intensité, retentissement sur la vie quotidienne)

**Déficiences sensorielles :**

Auditive :

Visuelle :

**Déficiences motrices : Notion de Chutes :**  OUI

NON

(Préciser la localisation, le type des troubles)

### Autres déficiences :

- Cardio-respiratoires :

- Viscérales :

- Sphinctériennes :  Urinaire

Anale

- Autres :

**Perspectives d'évolution :**

- Stabilité
- Risque vital

- Aggravation
- Amélioration

- Incapacité fluctuante
- Non définie

**Evaluation de l'autonomie : Grille AGGIR**

		A-B-C			A-B-C
<b>1</b>	<b>Transfert</b> (se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens)		<b>6</b>	<b>Alimentation</b> Se servir : couper sa viande, peler un fruit, remplir un verre ----- Manger : porter les aliments à sa bouche et les avaler	
<b>2</b>	<b>Déplacement à l'intérieur</b> (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)		<b>7</b>	<b>Alerter</b>	
<b>3</b>	<b>Toilette</b> Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage ----- Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes	-----	<b>8</b>	<b>Déplacements à l'extérieur</b> (à partir de l'entrée, sans moyen de transport)	
<b>4</b>	<b>Elimination</b> Urinaire : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire ----- Fécale : assumer l'hygiène de l'élimination fécale	-----	<b>9</b>	<b>Orientation</b>  dans le temps ----- dans l'espace	
<b>5</b>	<b>Habillage</b> Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête ----- Moyen : fermeture des vêtements : boutons, ceinture, bretelles, fermeture Eclair ----- Bas : vêtements passés par le bas du corps, chaussettes, bas, chaussures	-----	<b>10</b>	<b>Cohérence</b> (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)  Communication ----- Comportement	
				<b>Groupe iso-ressources</b> Défini par le système informatique	

A = fait seul, spontanément, totalement, habituellement, correctement ⇒ la personne fait bien

B = fait seul, mais non spontanément et/ou non habituellement et/ou partiellement et/ou non correctement ⇒ la personne fait mal

C = ne fait pas ⇒ il faut « faire à la place » ou « faire faire »

**INTERVENANTS ET SUIVIS EN COURS :**

**Sanitaires :**

- Infirmière
- SSIAD/HAD
- Kinésithérapeute
- Hôpital de jour
- Autres (Pédicure, Orthophoniste)

**Médico-sociaux :**

- Employée de maison
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Accueil de jour
- Portage de repas à domicile
- Télésécurité
- Autres (gardes à domicile...)

**BESOINS COMPLEMENTAIRES IDENTIFIES :**

**A** ..... **Le** .....

**Cachet et numéro de téléphone du médecin :**

# VOUS AVEZ + DE 60 ANS

## Comment faire une demande de CMI (carte mobilité inclusion) ?



### VOUS BÉNÉFICIEZ DÉJÀ DE L'APA\*

OU

### VOUS FAITES UNE 1<sup>ÈRE</sup> DEMANDE D'APA\*

OU

### VOUS N'ÊTES PAS CONCERNÉ PAR L'APA\*

 Vous pouvez demander les **CMI\* invalidité, stationnement ou priorité** en remplissant un formulaire à demander au **bureau personnes âgées de votre département.\*\***

 Vous faites la demande de **CMI\* invalidité stationnement ou priorité** en remplissant le **formulaire d'APA\*** à demander au **bureau des personnes âgées de votre département\*\***. Un professionnel évalue votre niveau de perte d'autonomie : votre GIR.

 Vous faites la demande de **CMI\* invalidité, priorité ou stationnement** à la **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**.

↓  
 Vous remplissez le formulaire Cerfa n°**13788\*01** et vous le déposez ou vous l'envoyez à la **MDPH**.

↓  
 Votre demande est étudiée par la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH**.

↓  
 Vous recevez un courrier du président du département qui décide de vous attribuer ou non la carte.

### VOTRE NIVEAU DE PERTE D'AUTONOMIE EST ÉVALUÉ :

#### GIR1-GIR2

Si vous en avez fait la demande, les **CMI\* stationnement et invalidité** vous sont automatiquement attribuées et à titre définitif.

\***APA** : allocation personnalisée d'autonomie.

\***CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

\***CMI** : carte mobilité inclusion.

\*\*Dans certains départements la demande est à adresser à la MDPH. Vérifiez sur le site de votre département.

#### GIR3-GIR4-GIR5-GIR6

Si vous avez fait une demande de **CMI\* priorité ou stationnement**, un professionnel du département donne son avis sur votre demande. Si vous avez fait une demande de **CMI\* invalidité**, la **CDAPH\*** de la MDPH étudie votre demande. Dans tous les cas, c'est le président du département qui décide de vous l'attribuer ou non.

Si votre demande est acceptée

↓  
 Vous recevez un courrier qui vous demande d'envoyer une photo à l'imprimerie nationale. **Vous recevez votre carte 5 jours après avoir envoyé votre photo.**