



**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*

| <b>PATIENT</b>  | <b>MEDECIN TRAITANT (cachet)</b>   |
|---|--|
| Nom et prénom du patient :<br><br>Date de naissance :<br><br>Adresse :<br><br><br>Téléphone : | Nom :<br><br>Adresse :<br><br><br>Téléphone :<br><br>Signature : <span style="float: right;">Date :</span> |

## 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, aide-soignantes, aide-ménagères ...) :

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

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