

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL FERMÉ
AU MÉDECIN DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE APA

Pôle sanitaire social
Direction dépendance handicap
Service des prestations sociales
13, rue Marchand Saillant
CS 70541 - 61017 ALENÇON Cedex
☎ 02 33 81 62 06
☎ 02 33 81 61 48
@ pss.ddh.medecin@orne.fr

Médecin qui a renseigné le dossier

Nom :

Prénom(s) :

Fait le :

Personne concernée

Civilité : Monsieur Madame

Nom marital :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Pathologie(s) actuelle(s) motivant la demande d'APA :

.....
.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

(à ne remplir qu'en cas de 1^{re} demande)

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

Consultation gériatrie : OUI NON

Consultation mémoire : OUI NON

Y a-t-il eu une évaluation neuropsychologique ? OUI NON

Si oui (date et lieu) :

Cher(e) confrère, votre patient(e) demande à bénéficier d'une Allocation personnalisée d'autonomie, aide instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 modifiée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cette allocation est affectée à la rémunération des personnes ou services qui interviennent pour répondre aux besoins du demandeur afin de permettre son maintien à domicile. Le montant de cette allocation tient compte de l'environnement ou aides techniques parfois nécessaires, du niveau de perte d'autonomie de l'intéressé(e) ainsi que de ses ressources.

Pour permettre d'apprécier au mieux le degré d'autonomie de votre patient(e) selon une grille nationale AGGIR, je vous serais obligé de bien vouloir remplir ce questionnaire en indiquant toutes les pathologies, déficiences ou incapacités susceptibles d'avoir un retentissement dans l'exécution des actes essentiels de la vie.

Si votre patient(e) le souhaite, vous pouvez assister à la visite prévue par l'équipe au domicile de ce(tte) dernier(e).

Vous remerciant par avance de votre coopération, je vous prie de recevoir mes salutations confraternelles.

Le médecin de l'équipe médico-sociale.

Intervenants médico-sociaux existants :

	OUI	NON
IDE libérale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSIAD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :		

Vit seul(e) : OUI NON

Présence d'un aidant familial : OUI NON

Prise de médicaments :

Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À préparer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise à surveiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement actuel (ou photocopie de la dernière ordonnance) :

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

État général :

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

