

# 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**

## DOCUMENT MEDICAL 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, vous pouvez 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. ETAT 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 REPERCUSSIONS 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 : .....

**ETAT 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 :  oui  non accompagnés :  oui  non

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) : .....

**MALADIES ONCOLOGIQUES**

Diagnostic et date : .....

## 6. QUELLES SONT LES AIDES EXISTANTES ?

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

Aides à la personne	Toilette <input type="checkbox"/>	Habillage <input type="checkbox"/>	Prise des repas <input type="checkbox"/>	Surveillance des repas <input type="checkbox"/>	Déplacements <input type="checkbox"/>	Transferts <input type="checkbox"/>
	Stimulation <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>	Gestion de l'hygiène de l'élimination <input type="checkbox"/>			

Autres prestations	Portage du repas <input type="checkbox"/>	Télé-Alarme <input type="checkbox"/>	Matériel à usage unique <input type="checkbox"/>	Hébergement temporaire <input type="checkbox"/>	Répit de l'aidant <input type="checkbox"/>	Accueil de jour <input type="checkbox"/>
Aides techniques (*)						
Aménagement du logement (*)						

<b>En cas d'hospitalisation en cours, aides mises en place pour la sortie :</b>

\* 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 no 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](mailto: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 :**