



Service communautaire d'accompagnement à domicile

15 rue Crech Uguen,
22810 Belle-Isle-en-Terre
Tél. 02 96 43 30 68 - Fax 02 96 43 36 43
Email : saad@cc-belle-isle-en-terre.fr

CERTIFICAT MEDICAL

PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST SOLLICITEE :

M. Mme Mlle

Nom

Prénom

Date de naissance _____ / _____ / _____ à _____

Adresse

PATHOLOGIE PRINCIPALE <i>Responsable de la perte d'autonomie</i>	
AUTRES PATHOLOGIES <i>(Problèmes auditifs, visuels, autres)</i>	
TRAITEMENT MEDICAL <i>(Nom des médicaments)</i>	
INTERVENTIONS PARAMEDICALES <i>(Kinésithérapeute, soins à domicile par IDE ou aide soignante, HAD)</i>	
PERSPECTIVES D'EVOLUTION	



EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT

Votre patient a-t-il besoin d'une tierce personne ou d'une stimulation pour effectuer les actes de la vie quotidienne suivants. Vous pouvez si vous le souhaitez apporter des précisions

	Tierce personne	Stimulation	Commentaires éventuels
Se lever du lit et/ou se coucher	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Marcher dans son logement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
S'habiller	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Manger	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre patient présente t'il les troubles suivants ?

			Commentaires éventuels
Incontinence	Urinaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sonde à demeure	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Anale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Poche de colostomie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Troubles du langage	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Troubles praxiques/gnosiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Désorientation temporo-spatiale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Troubles psychologiques et/ou psychiatriques	Troubles du comportement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Hallucinations/Délires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre patient peut-il réaliser seul les actes suivants ? **A noter : ces éléments n'ont pas d'incidence sur le groupe GIR**

Faire ses courses	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Faire la cuisine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Gérer son traitement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Gérer son budget	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Votre patient à t'il besoin **d'aides techniques?** (Cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève malade...) **A noter : ces éléments n'ont pas d'incidence sur le groupe GIR**

Certificat rempli le :

cachet et signature du médecin

