



**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 :	Nom :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
Téléphone :	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, aides-soignantes, aide-ménagères ...) :

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

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