



A REMPLIR PAR UN MÉDECIN et insérer dans une enveloppe sous pli confidentiel
A l'attention de : La Direction de l'Aide aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées
COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE MARTINIQUE
Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 - 97201 Fort De France

CERTIFICAT MÉDICAL

DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce document doit être remis à votre médecin traitant.

Une fois complété, cacheté et mis sous pli confidentiel par votre médecin, il devra être joint à votre dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Ce certificat médical sert à l'instruction de votre demande.

Nous vous rappelons que ce document est strictement confidentiel

CELLULE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
CELLULE HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT
CELLULE ACCUEIL FAMILIAL
CELLULE AIDE MÉNAGÈRE

Collectivité Territoriale de Martinique

Direction de l'Aide aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq

ÉTAT CIVIL

1 NOM : **2 PRÉNOM :**
3 NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) :
4 ADRESSE :
Commune : Code postal : Tél. :
5 SEXE : M F **ÂGE :** **DATE DE NAISSANCE :** / /
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

SITUATION FAMILIALE

marié(e) divorcé(e) veuf(ve) concubin(e) pacsé(e) célibataire

ÉTAT SOCIO-PSYCHOLOGIQUE

6 CONTEXTE SOCIAL : totalement seul(e) seul(e) mais entouré(e) en couple Accueilli(e)
7 ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE : coopérant(e) opposant(e) démissionnaire

MORPHOLOGIE

TAILLE : cm **POIDS :** kg

ANTÉCÉDENTS

Accident du travail oui non IPP % Date : / /
Maladie Professionnelle oui non IPP % Date : / /
Invalidité oui non Taux %
Majoration CGSS pour l'aide constante d'une tierce personne oui non Date de début : / /
Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne oui non Date de début : / /
Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

alcoolisme toxicomanie tabagisme

PATHOLOGIES

	Date de début :
8.1	/ /
8.2	/ /
8.3	/ /
8.4	/ /
8.5	/ /

**Indiquer en premier la pathologie qui nécessite la surveillance et le traitement les plus importants*

DÉPENDANCE DE LA PERSONNE

Est-elle susceptible d'amélioration ? oui non Est-elle ? temporaire définitive partielle totale

DÉFICIENCE

9.1 DU PSYCHISME

Déclin intellectuel	oui	non	Trouble du sommeil	oui	non
Trouble mnésique	oui	non	Dépression	oui	non
Trouble de l'orientation	oui	non	Autres		

9.2 LANGAGE ET DE LA PAROLE

Une communication est-elle malgré tout possible ? oui non

Dysarthrie Dyslexie Aphasie Mutité Autre :

9.3 SENSORIELLES AUDITIVES oui non Appareillage oui non

SENSORIELLES VISUELLES oui non Appareillage oui non

En cas de déficience, fournir bilan (audiogramme, acuité visuelle avec correction)

9.4 DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

Appareil de ventilation oxygène pour déplacement extérieur oui non

9.5 DE LA MASTICATION ET DÉGLUTITION

9.6 LIÉES À UN ORIFICE ANORMAL OU ARTIFICIEL

9.7 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE URINAIRE

9.8 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE FÉCALE

9.9 DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

		si oui	Prothèse	Orthèse
Amputation	MSD	MSG	MID	MIG
Paralyse	MSD	MSG	MID	MIG
Parésie	MSD	MSG	MID	MIG

9.10 AUTRES

oui non

Précisez :

9.11 RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL

Déplacement : périmètre de marche mètre(s)

MODALITÉS D'UTILISATION DES AIDES TECHNIQUES

Fréquence d'utilisation

Cannes	en extérieur	en intérieur
Déambulateur	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant manuel	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant électrique	en extérieur	en intérieur

Ralentissement moteur : oui non Besoin de pauses : oui non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : oui non

BESOINS DE SURVEILLANCE ET SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

28 Surveillance et soins infirmiers		31 Surveillance et Soins médicaux	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
29 a Kinésithérapie		32 Pédicure	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
29 b Orthophonie		33 Prise en charge psychiatrique	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
30 Autres			

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

S : spontanément

T : totalement

H : habituellement

C : correctement

VARIABLES DISCRIMINANTES							
Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	H	C	ABC	OBSERVATIONS
TRANSFERTS (<i>Se lever, se coucher, s'asseoir</i>)							
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR (<i>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</i>)							
TOILETTE (<i>Hygiène corporelle</i>)	HAUT <i>visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains</i>						
	BAS <i>régions intimes, les membres inférieurs et les pieds</i>						
ÉLIMINATION <i>Assurer l'hygiène et rester propre</i>	URINAIRE						
	ANALE						
HABILLAGE <i>Savoir choisir, préparer et enlever</i>	HAUT <i>choix vêtement, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête / les bras</i>						
	MOYEN <i>boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles</i>						
	BAS <i>passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures</i>						
ALIMENTATION	SE SERVIR <i>un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper</i>						
	MANGER <i>porter à la bouche et avaler les aliments et boissons</i>						
ALERTE <i>Communication à distance</i>							
DÉPLACEMENT EXTÉRIEURS <i>à partir de la porte d'entrée sur la rue</i>							
ORIENTATION	TEMPS <i>se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)</i>						
	ESPACE <i>se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux</i>						
COHÉRENCE	COMMUNICATION <i>fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne</i>						
	COMPORTEMENT <i>agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude</i>						

L'intéressé(e) peut vivre en communauté et est exempt de toute maladie contagieuse

oui non

Fait à :

le : / /

Signature du médecin



Direction de l'Aide aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 |

Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq