

**CERTIFICAT MEDICAL****relatif à une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile  
avec ou sans demande de Carte(s) Mobilité Inclusion (CMI)**

*Ce certificat médical contient les éléments nécessaires pour que les équipes d'évaluation APA établissent le plan le plus adapté à la situation de votre patient. Il est obligatoire dans le cadre d'une attribution de CMI.*

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....  
Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....  
Adresse : .....

**1. Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie**

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

**Précisez les signes cliniques ayant un impact significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, etc.) :**

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

> **Existe-t-il une déficience auditive ayant un retentissement significatif ?**

Non  Oui  (merci de joindre un certificat ORL avec un audiogramme tonal)

> **Existe-t-il une déficience visuelle ayant un retentissement significatif ?**

Non  Oui  (merci de joindre un certificat ophtalmologique précisant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction ainsi que les éventuelles atteintes du champ visuel)

**2. Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) contraignante(s) (chimiothérapie, dialyse, etc.)**

Si oui, précisez : .....  
.....  
.....

**3. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie**

Stabilité       Amélioration (durée prévisible des limitations fonctionnelles : .....)  
 Aggravation       Evolutivité majeure       Non définie

**4. Mobilité - Déplacements**

> **Périmètre de marche ?**      < 200 m       > 200 m

> **Le patient a-t-il :**

	Non	Oui
○ Une station debout pénible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une prothèse externe des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Une oxygénothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> **Pour ses déplacements, le demandeur a-t-il besoin d'une aide ?** Non  Oui  (précisez)

Aide humaine     Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant

Autre aide technique (précisez) : .....

> **Le demandeur a-t-il besoin d'être accompagné par une tierce personne du fait d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ?** Non  Oui

**Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante pour répondre aux questions suivantes à choix multiples**

Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté ou aide autre qu'humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

<u>Mobilité, manipulation et capacité motrice</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

<u>Cognition / Capacité cognitive</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponse adaptée aux questions ?      Non     Oui       Si connu, indiquez le score MMS : /

Précisions: .....

.....

.....

<u>Entretien personnel</u>	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : .....

.....

.....

**Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre cette situation.**

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et CACHET du médecin  
ou n° RPPS et ADELI

Signature du patient (non obligatoire)