



À REMETTRE SOUS PLI CACHETÉ À L'INTÉRESSÉ

À l'attention du médecin traitant

Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous remercie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du code pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : AOUZAL NOM de naissance : AOUZAL
Prénom : Brahim Date de naissance : 31/12/1940
Sexe : F M

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM : Maud BRUNON - MONTAGNE Prénom :
Adresse : Médecin généraliste
N° RPPS : 10101727054 Tél. : Centre de Santé Polyvalent F.Héritier
Tél : 04 77 54 77 55 / Fax : 04 28 70 96 87
Finess / AM : 42 001 682 6
1 rue Molière 42 340 Verceux

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM : Prénom :
Adresse : Maud BRUNON - MONTAGNE
Médecin généraliste
N° RPPS : 10101727054 Tél. :

①

ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES (à cocher)	COMMENTAIRES
1. Cardio-vasculaires	1.1 Insuffisance cardiaque / myocardiopathie		
	1.2 Athérosclérose		
	1.3 Troubles du rythme		
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies	X	Bronchite chronique
	2.2 Insuffisance respiratoire		
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser)		Maladie de Parkinson
	3.2 Épilepsie		
	3.3 Syndrome parkinsonien	X	
	3.4 Pathologies neurodégénératives		
	3.5 États anxio-dépressifs		
	3.6 Psychose, délire, hallucinations		
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées		
	3.8 Éthylisme		
4. Ostéo-articulaires	4.1 Pathologies dégénératives (à préciser)		
	4.2 Pathologies inflammatoires (à préciser)		
	4.3 Séquelles post traumatiques (à préciser)		
5. Gastro-entérologiques	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques		
	5.2 Incontinence fécale		
	5.3 Autres		
6. Endocriniennes	6.1 Diabète		
	6.2 Dysthyroïdie		
	6.3 Dénutrition		
	6.4 Déshydratation		
7. Uro-néphrologiques	7.1 Insuffisance rénale		
	7.2 Incontinence urinaire	X	
8. Hématologie et cancérologie	8.1 Anémies		
	8.2 Cancers (à préciser)		
	8.3 Hémopathies malignes (à préciser)		
9. Pathologies sensorielles	9.1 Pathologies ophtalmologiques (à préciser)		
	9.2 Pathologies auditives (à préciser)		

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES	
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative		
				Signes de décompensation	
				<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle	
				<input type="checkbox"/> Dysarthrie	<input type="checkbox"/> Aphasie, mutité
				Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale	
				Localisation	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
				Troubles de l'équilibre	
				Suivi neuro-psychiatrique	
				Troubles de mémoire	MMS : Imagerie :
				Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation
				Aides techniques	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur Autre :
				Type d'alimentation	
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Stomie
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
				Poids :	
				Taille :	
				<input type="checkbox"/> Protections pour incontinence	<input type="checkbox"/> SAD
				<input type="checkbox"/> Dialyse Fréquence :	
				Acuité visuelle après correction	Œil droit : Œil gauche :
				Déficit auditif moyen	Oreille droite : Oreille gauche :

Rempli sur carte Jick

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES	
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative		
				Signes de décompensation	
		X		<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle	
MODOPAR 125 1 gélule 7h, 11h, 16h, MODOPAR LP 125 1 gélule à 20h		X		<input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Aphasie, mutité Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale Localisation : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG Troubles de l'équilibre : X Suivi neuro-psychiatrique : Troubles de mémoire : MMS : Imagerie : Troubles du comportement : <input checked="" type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation	
				Aides techniques : <input type="checkbox"/> Canne <input checked="" type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur Autre :	
				Type d'alimentation	
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Stomie
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
				Poids :	
				Taille :	
				<input checked="" type="checkbox"/> Protections pour incontinence	<input type="checkbox"/> SAD
				<input type="checkbox"/> Dialyse	Fréquence :
				Acuité visuelle après correction	Œil droit : Œil gauche :
				Déficit auditif moyen	Oreille droite : Oreille gauche :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES pour une demande de carte mobilité inclusion (CMI)

- **Station debout pénible** oui non
Si limitation, chiffrez la durée : 5 minutes
- **Périmètre de marche limité** oui non
Si limitation, chiffrez en mètres : 100 mètres
- **Montée/descente d'escaliers limitée** oui non
Si limitation, donnez le nombre d'étages : 0 étage
- **Appareillages nécessaires pour les déplacements** oui non
(cane, déambulateur, fauteuil roulant, prothèse externe, etc.)
Si oui, précisez lesquels : fauteuil roulant
- **Oxygénothérapie** oui non
Si oui, chiffrez le débit et la durée :
- **Déplacements seul(e) :** possible impossible
- **Nécessité d'accompagnement :**
Pour trajets simples oui non
Pour trajets complexes oui non
- **Utilisation transports en commun :**
Seul(e) possible impossible
Accompagné(e) possible impossible
- **Conduite automobile :**
Sur véhicule classique possible impossible
Sur véhicule aménagé possible impossible

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

Fait à Veauce

Date 28/10/20

Cachet et signature
du médecin (indispensable)

Maud BRUNON-MONTAGNE
Médecin généraliste

N° RPPS : 10101727054





GRILLE NATIONALE AGGIR

Degré d'autonomie et besoin d'accompagnement

3

DOCUMENT À REMPLIR
PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM AOUZAL NOM de naissance AOUZAL
Prénom Brahim Date de naissance 31/12/1940

GRILLE À REMPLIR

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.
B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.
C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir			X
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			X
3	TOILETTE	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			X
		Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			X
4	ÉLIMINATION	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			X
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			X
5	HABILLAGE	Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			X
		Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			X
		Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			X
6	ALIMENTATION	Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			X
		Manger les aliments préparés		X	
7	ALERTER	Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			X
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			X
9	ORIENTATION	Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			X
		Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			X
10	COHÉRENCE	Communication : avec autrui dans la vie courante	X		
		Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité		X	

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- D'un service de soins à domicile oui non
- D'une infirmière à domicile oui non
- D'une aide à domicile oui non

Fait à Veauce Date 28/10/20

Cachet et signature
du médecin (indispensable)

Maud BRUNON - MONTAGNE
Médecin généraliste

N° RPPS : 10101727054