

Autonomie

A : fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement

B : fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

C : ne fait jamais seul

| | | A | B | C |
|---|---------------|---|---|---|
| Cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée) | Communication | | | |
| | Comportement | | | |
| Orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux) | Temporelle | | | |
| | Spatiale | | | |
| Toilette (assure son hygiène corporelle) | Haut | | | |
| | Bas | | | |
| Habillage (s'habiller, se déshabiller) | Haut | | | |
| | Moyen | | | |
| | Bas | | | |
| Alimentation couper la viande, se servir à boire ----- porter à la bouche les aliments préparés | Se servir | | | |
| | Manger | | | |
| Élimination (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale) | Urinaire | | | |
| | Anale | | | |
| Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) | | | | |
| Déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant) | | | | |
| Déplacement à l'extérieur | | | | |
| Communication à distance (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...) | | | | |

Je soussigné(e) docteur en médecine,

demeurant à

À, le

Signature du médecin et cachet indispensable



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées
et des Personnes Handicapées
Service Départemental de l'Autonomie
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 28 85 88 56 - 02 28 85 88 57 - 02 28 85 88 59
www.vendee.fr

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ADPA

Chère Consœur, cher Confrère,

Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et ses décrets, l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) est une prestation en nature ayant essentiellement pour but de permettre la rémunération de tierces personnes salariées concourant au maintien des personnes âgées à leur domicile.

Votre patient(e) de plus de 60 ans sollicite l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie auprès du Département de la Vendée et va vous remettre le questionnaire médical ci-joint que je vous remercie de bien vouloir compléter.

Grâce à vos indications, ce questionnaire complété permettra au médecin du Département d'évaluer le niveau de dépendance et d'éclairer l'équipe médico-sociale qui, au domicile de votre patient(e), étudiera les aides humaines ou techniques à mettre en place.

Je vous remercie de bien vouloir remettre ce document à votre patient(e) qui le joindra, clos, à son dossier de demande.

Bien confraternellement.

Le médecin conseil référent PA

ÉTAT CIVIL

Nom Nom de jeune fille

Prénom Date de naissance

Adresse

.....

DIAGNOSTICS

Diagnostic principal motivant la demande

Origine congénitale acquise depuis le

Antécédents médicaux, chirurgicaux (préciser les dates)

.....

.....

État général

Taille Poids

Appareil locomoteur

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés :

.....

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

.....

Appareil neurologique : Nature des troubles

Paralysie MSD MID

MSG MIG

Autres symptômes

État psychique

Troubles du comportement

Pas de trouble.....

Quelques troubles épisodiques - Démence débutante.....

Dépression - Passivité - Anxiété.....

Démence sénile évoluée - Délire - Agressivité physique.....

Troubles de l'orientation temporo-spatiale

Pas de désorientation.....

Quelques erreurs de repérage.....

Désorientation temporo-spatiale totale.....

Fugues.....

Surveillance constante nécessaire oui non

Appareil sensoriel

Audition normale diminuée

Appareillage oui non

Vision

Port de verres correcteurs oui non

Acuité visuelle corrigée O.D. O.G.

Baisse de l'acuité visuelle gênante oui non

Une amélioration est-elle possible ? oui non

Appareil cardio-respiratoire

Absence de symptôme gênant

Dyspnée gênante oui non

Assistance respiratoire oui non

Contention veineuse **oui** **non**

Autres :

Appareil digestif

Absence de symptôme gênant

Dentition/prothèse :

Transit :

Poche de stomie oui non gérée par la personne oui non

Troubles de la déglutition oui non

Alimentation liquide ou semi-liquide oui non

Autres :

Autres appareils

Endocrinologie, peau, ganglions, etc. :

Élimination

Pas d'incontinence

Incontinence urinaire occasionnelle diurne nocturne

Incontinence urinaire totale diurne nocturne

Incontinence fécale occasionnelle permanente

Sonde à demeure oui non

Éléments complémentaires vous semblant importants pour la demande d'allocation départementale d'autonomie de votre patient :

.....

.....

.....

.....