

**FICHE DE LIAISON A L'ATTENTION DU MEDECIN  
POUR ALLOCATION APA**

Votre patient(e) a demandé à recevoir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Cette prestation est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes essentiels de la vie à domicile, ou de bénéficier d'une amélioration de leur environnement quotidien. Il/elle va recevoir la visite d'un membre de l'équipe médico-sociale du Conseil général. Celui-ci fera le point sur son environnement et ses besoins à l'aide de la grille d'évaluation AGGIR. Dans ce cadre, - et bien que cette fiche ne soit pas obligatoire - il nous serait très utile de connaître votre propre évaluation de l'état de santé de cette personne pour pouvoir établir le mieux possible le plan d'aide dont elle bénéficiera.

Nom & Prénom du patient : .....	
Adresse : .....	
☎ : ...../...../...../...../.....	Age : ..... Taille : ..... Poids : .....
Nom du médecin : .....	

**PATHOLOGIES**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie neurologique   | <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque    |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rhumatologique | <input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Pathologie psychique      | <input type="checkbox"/> Pathologie rénale       |
| <input type="checkbox"/> Pathologie cancéreuse     | <input type="checkbox"/> Pathologie sensorielle  |

Remarques : .....

**RETENTISSEMENTS SUR LE QUOTIDIEN**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déplacement     | <input type="checkbox"/> Alimentation              |
| <input type="checkbox"/> Habillage       | <input type="checkbox"/> Toilette                  |
| <input type="checkbox"/> Élimination     | <input type="checkbox"/> Orientation               |
| <input type="checkbox"/> Cohérence       | <input type="checkbox"/> Chute                     |
| <input type="checkbox"/> Incontinence    | <input type="checkbox"/> Etat nutritionnel         |
| <input type="checkbox"/> Perte cognitive | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement |
| <input type="checkbox"/> Autres          |  |

Remarques : .....

.....

.....

**FREQUENCE DES RETENTISSEMENTS**

Permanents  Par crises ( jours / semaines / mois )

Amenés à disparaître (dans quelques : jours / semaines / mois )

Remarques : .....

**TRAITEMENT MEDICAL**

Besoin d'aide à la prise de médicament

Effets des traitements sur le quotidien

Remarques : .....

**INTERVENANTS MEDICO-SOCIAUX DEJA EFFECTIFS**

Kinésithérapeute

Hospitalisation à domicile

Infirmière libérale

Accueil de jour

Psychologue

Hôpital de Jour

SSIAD

Aide à domicile

Autres

Remarques : .....

**AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'UNE MESURE DE PROTECTION ?**

Curatelle

Tutelle

Sauvegarde de justice

Demande en cours

Remarques : .....

**OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

Date :

Signature et cachet :