

**DIRECTION GÉNÉRALE  
DES SERVICES DU DÉPARTEMENT**

Direction de l'Action Sociale  
du Département des  
Yvelines  
3 rue St Charles -78000 Versailles

Sous-Direction des Personnes Agées,  
des Personnes Handicapées et des  
Equipements Médico-Sociaux  
Service du Soutien à Domicile

Versailles, le

Cher Confrère,

La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, instaure une nouvelle prestation d'aide sociale : ***l'Allocation Personnalisée d'Autonomie*** pour les personnes âgées de plus de 60 ans, qui se substitue à la Prestation Spécifique Dépendance.

Ce bilan médical doit permettre une évaluation du degré d'autonomie de votre patient (e) qui recevra, la visite d'un travailleur social pour faire le point sur son environnement et ses besoins. Celui-ci vous informera de la date de son passage.

C'est pourquoi, je vous remercie de remplir ***le certificat médical et la grille A.G.G.I.R.*** que vous trouverez ci-joints.

***Ces documents seront remis, sous enveloppe cachetée,*** dans le dossier administratif au C.C.A.S. ***et ne seront ouverts que par un médecin de l'équipe médico-sociale.***

Les éléments médicaux communiqués par vos soins et le bilan effectué par le travailleur social au domicile permettront d'élaborer un plan d'aide adapté aux besoins de l'intéressé.

Je ne manquerai pas de vous contacter pour des informations complémentaires si nécessaire.

En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

**Le Sous Directeur des Personnes Agées,  
Des Personnes Handicapées  
Et des Equipements Médico-Sociaux**

  
Dr A. FERNANDEZ

**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE  
CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL  
(à remettre sous pli cacheté)**

**NOM :**  
**Prénom :**  
**Sexe :**  
**Né (e) le :**  
**Adresse :**

**Médecin traitant, coordonnées :**

**Médecin (s) Spécialiste(s), coordonnées :**

**Diagnostic principal :**

**Traitements médicamenteux actuels :**

**Hospitalisation(s) : Date de la dernière hospitalisation :**

- coordonnées :
- nom du service :
- fréquence :

**Rééducation(s) spécialisée(s) en cours :**

- type :
- coordonnées :
- fréquence :

**Infirmière à domicile : (libéral, SIAD)**

- soins, nursing...(à préciser) :
- coordonnées
- fréquence

**Aide soignante :**

- type d'aide :
- coordonnées :
- fréquence :

**Taille :**

**Poids :**

**Intoxication : Tabac. Alcool**

➤ **Surveillance particulière, aide à prévoir :**

## DESCRIPTION DES DEFICIENCES

### MOTRICES

⇒ Préciser la localisation, le type des troubles :

#### AU DOMICILE

- AUTONOME
- MARCHE AVEC AIDE (T.P.\*)
- CANNE
- DEAMBULATEUR
- FAUTEUIL ROULANT
- ALITE (E)

#### A L'EXTERIEUR

- AUTONOME
- MARCHE AVEC AIDE (T.P.\*)
- CANNE
- DEAMBULATEUR
- FAUTEUIL ROULANT

### FONCTIONS SUPERIEURES

- Pas de difficulté relationnelle, comportement adapté
- Déficience intellectuelle
- Troubles du comportement et difficultés d'adaptation prévisibles.  
(ex : problèmes mineurs de communication, difficultés caractérielles opposition, manque d'initiative, agitation, troubles de l'orientation, troubles de la mémoire)
- Troubles du comportement majeurs.  
(ex : désorientation, cris, fugues, refus de communication, pathologie psychiatrique majeure, T.S., troubles du sommeil...)

### SENSORIELLES

- |                        |     |                       |     |                       |
|------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| Troubles du langage    | NON | <input type="radio"/> | OUI | <input type="radio"/> |
| Troubles de la vue     | NON | <input type="radio"/> | OUI | <input type="radio"/> |
| Troubles de l'audition | NON | <input type="radio"/> | OUI | <input type="radio"/> |

Précisez si ces troubles (moteurs, psychiques, sensoriels) entraînent une gêne dans les actes de la vie quotidienne :

\*T.P. = Tierce Personne

## EVALUATION DE LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE

Nom, Prénom :

Date de naissance :

### GRILLE AGGIR

#### VARIABLES DISCRIMINANTES

		Autonomie A B C (1)	Observations
1	<b>COHERENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon sensée (délires-insomnies)		
2	<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps les moments de la journée et dans les lieux. Actes dangereux, fugues, problèmes amnésiques-visuels-auditifs.		
3	<b>TOILETTE</b> du haut et du bas du corps : assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres=B)		
4	<b>HABILLAGE</b> (haut, moyen, bas) : s'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA=A, CCC=C, autres=B)		
5	<b>ALIMENTATION</b> se servir et manger les aliments préparés (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autre=B)		
6	<b>ELIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autre=B)		
7	<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir		
8	<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
9	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport (craintes-appréhension)		
10	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...		
11	<b>GESTION</b> gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
12	<b>CUISINE</b> préparer des repas et les conditionner pour être servis		
13	<b>MENAGE</b> effectué l'ensemble des travaux		
14	<b>TRANSPORT</b> prendre et/ou commander un moyen de transport individuel, collectif		
15	<b>ACHATS</b> acquisition directe ou par correspondance		
16	<b>SUIVI DU TRAITEMENT</b> se conformer à l'ordonnance du médecin		
17	<b>ACTIVITE DE TEMPS LIBRE</b> activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement
- C : ne fait pas

**Habituellement** est la référence au temps

**Correctement** est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux mœurs.

La notion « *seule* » correspond à « fait spontanément seul » suppose qu'il n'existe pas ni incitation ni stimulation de la part d'un tiers.

