

Questionnaire médical relatif à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Ce document établi par un médecin est à remettre au demandeur pour que celui-ci puisse compléter son dossier de demande d'A.P.A.

État civil et situation du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : _____

Adresse complète avec code postal : _____

Examen clinique

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Taille : _____

Poids : _____

Acuité visuelle :

Sans correction : OD _____

Après correction : OD _____

OG _____

OG _____

Ouïe : _____

Appareillage OD _____

OG _____

Appareil respiratoire : _____ Appareil circulatoire : _____ Appareil digestif : _____

Système nerveux : _____ Appareil locomoteur (prothèse) : _____ Reins et organes génito-urinaire : _____

Etat psychique :

● Troubles de l'intelligence : _____ ● Troubles du comportement : _____ ● Troubles psychiatriques : _____

DEPENDANCE DE LA PERSONNE

Est-elle due à l'âge NON OUI

Est-elle susceptible d'amélioration NON OUI

Est-elle : temporaire partielle définitive totale

Concerne-t-elle : la toilette l'habillement la marche l'alimentation

L'aide est-elle assurée par : la famille le voisinage une personne rémunérée un organisme ou une association

Y a-t-il nécessité d'une tierce personne

OUI pour quels actes de la vie courante _____ NON

A _____ Signature et cachet du médecin :

le _____

Ce document établi par un médecin est à joindre
sous pli confidentiel à la demande de
l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.