



CERTIFICAT MÉDICAL 2

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 NOM de naissance

Prénom Date de naissance

Adresse Tél.

Sexe : F M

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL

NOM Prénom

Adresse

..... Tél.

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 / mycardiopathie		
	1.2 Athérosclérose		
	1.3 Troubles du rythme		
2. Broncho-pulmonaires	2.1 Broncho-pneumopathies		
	2.2 Insuffisance respiratoire		
3. Neuro-psychiatriques	3.1 Accidents vasculaires cérébraux (à préciser)		
	3.2 Épilepsie		
	3.3 Syndrome parkinsonien		
	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		
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 :

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

- **Station debout pénible** oui non
Si limitation, chiffrez la durée :
- **Périmètre de marche limité** oui non
Si limitation, chiffrez en mètres :
- **Montée/descente d'escaliers limitée** oui non
Si limitation, donnez le nombre d'étages :
- **Appareillages nécessaires pour les déplacements** oui non
(cane, déambulateur, fauteuil roulant, prothèse externe, etc.)
Si oui, précisez lesquels :
- **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 Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**



Loire
LE DÉPARTEMENT

