

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE TOURS

DIRECTION DES SOLIDARITES

2, allée des Aulnes
37 000 TOURS
☎ 02 18 96 12 11

CERTIFICAT MEDICAL À FAIRE COMPLÉTER PAR UN MEDECIN

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Domicile habituel :

AUTONOMIE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entièrement autonome | <input type="checkbox"/> Déplacements limités à l'intérieur de la chambre |
| <input type="checkbox"/> Déplacements possibles en intérieur seulement. | <input type="checkbox"/> Alité |

ETAT MENTAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sans problème | <input type="checkbox"/> A parfois des troubles de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Suit un traitement psychiatrique | <input type="checkbox"/> A parfois des troubles du comportement |
| <input type="checkbox"/> Transitoire | <input type="checkbox"/> Souffre d'une addiction |
| <input type="checkbox"/> Définitif | |

Lequel ?

Laquelle ?

BESOIN D'AIDE

OUI NON

Si oui, cocher les cases correspondantes

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lever / coucher | <input type="checkbox"/> Repas |
| <input type="checkbox"/> Habillement | <input type="checkbox"/> Déplacements extérieurs |
| <input type="checkbox"/> Toilette au lavabo | <input type="checkbox"/> Aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant),
laquelle ?..... |
| <input type="checkbox"/> Douche | |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

SANTE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hémiplegie | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> Problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Prothèse, laquelle ?..... |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

SOINS

- Soins infirmiers, lesquels ?
- Rééducation, laquelle ?
- Régime alimentaire, lequel ?
(Merci de bien vouloir joindre un certificat médical pour tout régime alimentaire strict)
- Date de la dernière hospitalisation :
Dans quel service ?

CONCLUSION

AVIS DU MEDECIN SUR L'ADMISSION EN RESIDENCE :

- FAVORABLE
 DÉFAVORABLE

DATE

Cachet et signature du médecin

GRILLE AGGIR* - RESIDENCES AUTONOMIE du CCAS de TOURS

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

ACTIVITÉS MENTALE							
⇒ COHÉRENCE	A	B	C	⇒ VOIR	A	B	C
⇒ ORIENTATION	A	B	C	⇒ ENTENDRE	A	B	C
⇒ RELATION	A	B	C	⇒ PARLER	A	B	C
ACTIVITÉS CORPORELLES							
<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> TOILETTE DU HAUT (visage, buste, membres supérieurs)	A	B	C	⇒ SE SERVIR	A	B	C
⇒ TOILETTE DU BAS (toilette intime, membres inférieurs)	A	B	C	⇒ MANGER	A	B	C
⇒ HABILLAGE DU HAUT	A	B	C				
⇒ HABILLAGE MOYEN (fermeture des vêtements)	A	B	C				
⇒ HABILLAGE DU BAS	A	B	C				
⇒ HYGIÈNE DE L'ÉLIMINATION URINAIRE	A	B	C				
⇒ HYGIÈNE DE L'ÉLIMINATION ANALE							
ACTIVITÉS DE DEPLACEMENT							
<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> TRANSFERT (se lever, se coucher, s'asseoir)	A	B	C				
⇒ DEPLACEMENT À L'INTERIEUR	A	B	C				
⇒ DEPLACEMENT À L'EXTERIEUR	A	B	C				
ACTIVITÉS DOMESTIQUES							
<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> GESTION	A	B	C	⇒ MÉNAGE	A	B	C
⇒ CUISINE	A	B	C	⇒ COMMUNICATION À DISTANCE (téléphone, sonnette)	A	B	C
ACTIVITÉS SOCIALES							
<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> TRANSPORT	A	B	C	⇒ SUIVI DE TRAITEMENT	A	B	C
⇒ ACHAT	A	B	C	⇒ ACTIVITÉS TEMPS LIBRE	A	B	C

*Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

DATE

Cachet et signature du médecin

<p>LEGENDE : MERCI d'indiquer par A, B ou C le niveau d'autonomie</p> <p>A ⇒ la personne fait (ou est) totalement correctement et habituellement</p> <p>B ⇒ la personne fait (ou est) partiellement ou non correctement</p> <p>C ⇒ la personne ne fait pas (ou n'est pas)</p>
--