

## Autonomie

**A** : fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement

**B** : fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

**C** : ne fait jamais seul

		A	B	C
<b>Cohérence</b> (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	Communication			
	Comportement			
<b>Orientation</b> (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	Temporelle			
	Spatiale			
<b>Toilette</b> (assure son hygiène corporelle)	Haut			
	Bas			
<b>Habillage</b> (s'habiller, se déshabiller)	Haut			
	Moyen			
	Bas			
<b>Alimentation</b> couper la viande, se servir à boire ----- porter à la bouche les aliments préparés	Se servir			
	Manger			
<b>Élimination</b> (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)	Urinaire			
	Anale			
<b>Transferts</b> (se lever, se coucher, s'asseoir)				
<b>Déplacement à l'intérieur</b> (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)				
<b>Déplacement à l'extérieur</b>				
<b>Communication à distance</b> (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...)				

Je soussigné(e) ..... docteur en médecine,

demeurant à .....

À ....., le .....

Signature du médecin et cachet indispensable



**VENDÉE**  
LE DÉPARTEMENT

**Pôle Solidarités et Famille**  
**Maison Vendée Autonomie**

Service Évaluation et Accompagnement des Personnes Âgées  
40 rue du Maréchal Foch  
85923 La Roche sur Yon cedex 9  
Tél. 0 800 85 85 01 - 02 28 85 88 32  
www.vendee.fr

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL ADPA

Chère Consœur, cher Confrère,

Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 et ses décrets, l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) est une prestation en nature ayant essentiellement pour but de permettre la rémunération de tierces personnes salariées concourant au maintien des personnes âgées à leur domicile.

Votre patient(e) de plus de 60 ans sollicite l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie auprès du Département de la Vendée et va vous remettre le questionnaire médical ci-joint que je vous remercie de bien vouloir compléter.

Grâce à vos indications, ce questionnaire complété permettra au médecin du Département d'évaluer le niveau de dépendance et d'éclairer l'équipe médico-sociale qui, au domicile de votre patient(e), étudiera les aides humaines ou techniques à mettre en place.

Je vous remercie de bien vouloir remettre ce document à votre patient(e) qui le joindra, clos, à son dossier de demande.

Bien confraternellement.

Le médecin conseil référent PA

## ÉTAT CIVIL

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

.....

## DIAGNOSTICS

### Diagnostic principal motivant la demande

Origine  congénitale  acquise depuis le .....

### Antécédents médicaux, chirurgicaux (préciser les dates)

.....

.....

### État général

Taille ..... Poids .....

### Appareil locomoteur

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés : .....

.....

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : .....

.....

### Appareil neurologique : Nature des troubles

Paralysie MSD  MID

MSG  MIG

Autres symptômes .....

### État psychique

#### Troubles du comportement

Pas de trouble.....

Quelques troubles épisodiques - Démence débutante.....

Dépression - Passivité - Anxiété.....

Démence sénile évoluée - Délire - Agressivité physique.....

#### Troubles de l'orientation temporo-spatiale

Pas de désorientation.....

Quelques erreurs de repérage.....

Désorientation temporo-spatiale totale.....

Fugues.....

Surveillance constante nécessaire oui  non

### Appareil sensoriel

Audition normale  diminuée

Appareillage oui  non

### Vision

Port de verres correcteurs oui  non

Acuité visuelle corrigée O.D.  O.G.

Baisse de l'acuité visuelle gênante oui  non

Une amélioration est-elle possible ? oui  non

### Appareil cardio-respiratoire

Absence de symptôme gênant

Dyspnée gênante oui  non

Assistance respiratoire oui  non

Contention veineuse **oui**  **non**

Autres : .....

### Appareil digestif

Absence de symptôme gênant

Dentition/prothèse : .....

Transit : .....

Poche de stomie oui  non  gérée par la personne oui  non

Troubles de la déglutition oui  non

Alimentation liquide ou semi-liquide oui  non

Autres : .....

### Autres appareils

Endocrinologie, peau, ganglions, etc. : .....

### Élimination

Pas d'incontinence

Incontinence urinaire occasionnelle diurne  nocturne

Incontinence urinaire totale diurne  nocturne

Incontinence fécale occasionnelle  permanente

Sonde à demeure oui  non

### Éléments complémentaires vous semblant importants pour la demande d'allocation départementale d'autonomie de votre patient :

.....

.....

.....

.....