

# CERTIFICAT MEDICAL

À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE : **DGA SOLIDARITÉS – SEAA/  
POLE ACCUEIL FAMILIAL - 64 RUE ANITA CONTI - 56 000 VANNES**  
À REMETTRE AU MÉDECIN SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ATTENTION DU MÉDECIN ÉVALUATEUR

Ce certificat médical est adressé à l'équipe pluridisciplinaire de l'accueil familial social en charge des demandes d'entrées en familles d'accueil.

Il peut donner lieu à un échange et partage d'informations au sein de la commission famille d'accueil qui constitue une équipe administrative, sociale et paramédicale.

Vous pouvez joindre à ce certificat médical, les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

Nom(s) d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Pathologie(s) et signe(s) clinique(s) contribuant à l'atteinte de l'autonomie

---

---

---

---

Précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne de la personne (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc) :

---

---

---

---

## Prise(s) en charge(s) thérapeutique(s)

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongées et pouvant avoir des répercussions dans la vie de la personne du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétition, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc (chimiothérapie, dialyse...)

---

---

---

---

## Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

- Stabilité     Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an  > 1 an )  
 Aggravation     Evolutivité majeure     Non définie
- Périmètre de marche :     < 200 m     > à 200m  
 ➤ Le patient :
- A-t-il une station debout pénible     Oui     Non
  - Monte-t-il les escaliers     Oui     Non
  - Fait-il ses transferts seul     Oui     Non

## Mobilité – Déplacements

Pour ses déplacements, la personne a-t-elle besoin systématiquement d'une aide ?  Oui     Non

Si oui, laquelle :.....

## Evaluation de la perte d'autonomie

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :.....  
 .....

## Votre patient présente-t-il les troubles suivants ?

	OUI	NON	Commentaire éventuel – précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Troubles de la mémoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du langage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles praxique/gnosique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désorientation temporelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désorientation spatiale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Déficit cognitif : MMS (si connu)..... /30**

<b>Symptômes psycho-comportementaux</b>	OUI	NON	Commentaire éventuel – précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Délire/hallucinations :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du comportement (agitation, agressivité, cris, désinhibition, déambulation...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (troubles du sommeil, des conduites alimentaires...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opposition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fugues :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédent de tentative d'autolyse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ethylisme ou antécédents d'éthylisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabagisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Modéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le patient peut-il rester quelques heures sans surveillance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et, le cas échéant, sur son maintien à domicile :

---



---



---



---



---

Date : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin