



# ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Questionnaire à joindre à la demande d'APA.

Pour toute demande d'APA en établissement, joindre impérativement une grille d'évaluation de la dépendance (grille A.G.G.I.R) complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Nom usuel\* .....

Prénoms\* .....

Nom de naissance\* .....

Né.e le\* ..... À\* .....

Adresse\* .....

Tél. fixe\* ..... Tél. portable\* .....

Mail\* .....

## CONTEXTE MÉDICAL DANS LEQUEL SE SITUE LA DEMANDE

Quels sont les principaux antécédents du patient ? .....

.....  
.....  
.....  
.....

La personne âgée présente-t-elle des problèmes locomoteurs ?  Oui  Non

Si oui, lesquels .....

.....  
.....

La personne âgée présente-t-elle des problèmes sensoriels ?  Oui  Non

Si oui, lesquels .....

.....  
.....

\* Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre demande.

Cher Confrère,

La loi N°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie - modifiée par la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) - précise les conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

• La demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile est instruite par une équipe médico-sociale qui doit établir, en concertation avec l'intéressé, un plan d'aide concourant à son autonomie. ce questionnaire médical doit permettre de guider le médecin de la DSA dans l'évaluation du Groupe Iso-Ressources à l'aide de la grille nationale AGGIR. Dans l'intérêt de la personne âgée, un contact peut être établi entre le médecin traitant et le médecin de la direction Solidarité Autonomie.

• Le dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement doit comprendre ce questionnaire médical accompagné de la grille AGGIR attestant du GIR de la personne, complétée par le médecin coordonnateur de l'établissement, mais également de questionnaire médical.

Il permettra au médecin de la DSA de vérifier éventuellement l'état de perte d'autonomie de la personne âgée évaluée par le médecin de l'établissement.

Je vous serais obligé de bien vouloir remettre ce document à la personne âgée qui le joindra, clos, à son dossier de demande. La grille AGGIR doit quant à elle être insérée dans le dossier.

Vous remerciant par avance de votre collaboration, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le médecin de la Direction Solidarité Autonomie

La personne âgée présente-t-elle des problèmes neuro-psychiatriques ?  Oui  Non

Si oui, lesquels.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quel est son traitement actuel ?

.....  
.....  
.....

Y-a-t'il un référent aidant ?  Oui  Non

Si oui, indiquez ses coordonnées.....  
.....  
.....

## APPROCHE MÉDICALE DE LA DÉPENDANCE DE LA PERSONNE ÂGÉE

La patient peut-il assurer les actes élémentaires suivants :

| Actes élémentaires       | Oui | Non | Partiellement |
|--------------------------|-----|-----|---------------|
| Converser avec cohérence |     |     |               |
| Faire sa toilette        |     |     |               |
| Se vêtir                 |     |     |               |
| S'alimenter              |     |     |               |
| Se déplacer              |     |     |               |
| Faire ses transferts     |     |     |               |
| Gérer son incontinence   |     |     |               |

## ÉVENTUELLEMENT, INFORMATIONS D'ORDRE PLUS GÉNÉRAL CONCERNANT LE DEMANDEUR

L'environnement et le logement sont-ils adaptés à la demande ?

.....  
.....

B) L'organisation de l'aide est-elle à revoir ?

.....  
.....  
.....

Dans le cas d'un renouvellement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

A) Y a-t-il eu un changement de situation ?

Oui  Non

Si oui, lequel .....  
.....

À ..... le.....  
Docteur .....  
Qualité.....  
Signature et cachet

J'autorise le Département de l'Eure à traiter mes données personnelles ainsi que mes données de santé dans le cadre de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Nom ..... Prénom ..... Date ..... Signature

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (Article L337-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal) ».

Les informations collectées par le Département de l'Eure directement auprès de vous, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement manuel et automatisé ayant pour finalité la gestion des allocations personnalisées d'autonomie (APA). Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires pour l'attribution de l'aide. A défaut, le Département de l'Eure ne sera pas en mesure de répondre à votre demande. Ces informations sont à destination des services habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, aux administrations et organismes conventionnés par le Département de l'Eure au vu de leur mission spécifique. Elles seront conservées pendant deux ans après la cessation de votre droit à la prestation, ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au Département de l'Eure, DPO, 14 Boulevard Georges Chauvin, 27000 Evreux ou courriel [ci@eure.fr](mailto:ci@eure.fr). Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.