

Conseil Général



**Haut-Rhin**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie, un(e) assistant(e) social(e) se rendra à votre domicile pour évaluer votre situation. Si vous le désirez, votre médecin peut assister à cette visite.

Il vous est possible de me communiquer sur le dossier que vous avez téléchargé les coordonnées de votre médecin traitant avec lequel je prendrai contact, le cas échéant.

Le questionnaire ci-joint, à compléter par votre médecin, que vous pouvez joindre à votre dossier sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin de l'équipe médico-sociale, m'aidera à mieux traiter votre demande.

Vous remerciant de votre attention, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Médecin de  
l'équipe médico-sociale



précisant les NOM - Prénom et adresse du demandeur

à l'attention du médecin de l'équipe médico sociale	non :	oui :	Préciser :
Troubles du comportement , agitation , oppositionnisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversion du rythme nyctéméral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existence de conduites à risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il une mesure de protection juridique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TROUBLES DE L' APPAREIL LOCOMOTEUR	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Chutes	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Appareillage éventuel : .....				

TROUBLES VISUELS	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Préciser : .....				

TROUBLES DE L'AUDITION	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
N° de téléphone: ..... joignable de préférence de ..... à ..... h				

TROUBLES DU LANGAGE	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Préciser : .....				

Troubles de la déglutition, fausse routes	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
modalités d'alimentation : .....				

TROUBLES SPHINCTERIENS	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Prise en charge : .....				

SOINS PARAMEDICAUX
pour
<input type="checkbox"/> réalisation de la toilette
<input type="checkbox"/> injections
<input type="checkbox"/> soins de plaies
<input type="checkbox"/> autres

OBSERVATIONS

Fait le :

Par :