

## **CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE TOURS**

### **DIRECTION DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES**

2, allée des Aulnes  
37 000 TOURS  
☎ 02 18 96 12 04

### **CERTIFICAT MEDICAL À FAIRE COMPLÉTER PAR UN MEDECIN**

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Domicile habituel :

#### **AUTONOMIE**

☐ Entièrement autonome

☐ Déplacements limités à l'intérieur de la chambre

☐ Déplacements possibles en intérieur seulement.

☐ Alité

#### **ETAT MENTAL**

☐ Sans problème

☐ A parfois des troubles de mémoire

☐ Suit un traitement psychiatrique

☐ A parfois des troubles du comportement

☐ Transitoire

☐ Souffre d'une addiction

☐ 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),<br>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 :

<b>ACTIVITÉS MENTALE</b>	A	B	C		A	B	C
➤ COHÉRENCE				➤ VOIR			
➤ ORIENTATION				➤ ENTENDRE			
➤ RELATION				➤ PARLER			
<b>ACTIVITÉS CORPORELLES</b>							
<input type="checkbox"/> ➤ <input type="checkbox"/> TOILETTE DU HAUT (visage, buste, membres supérieurs)	A	B	C	➤ SE SERVIR  ➤ MANGER	A	B	C
➤ TOILETTE DU BAS (toilette intime, membres inférieurs)	A	B	C		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	A	B	C				
<b>ACTIVITÉS DE DEPLACEMENT</b>							
<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				
<b>ACTIVITÉS DOMESTIQUES</b>							
<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
<b>ACTIVITÉS SOCIALES</b>							
<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

DATE

Cachet et signature du médecin

**LEGENDE :** MERCI d'indiquer par A, B ou C le niveau d'autonomie  
A ➤ la personne fait (ou est) totalement correctement et habituellement  
B ➤ la personne fait (ou est) partiellement ou non correctement  
C ➤ la personne ne fait pas (ou n'est pas)

\*Autonomie Gériatrie Groupe Iso-Ressources