



FICHE AVIS MÉDICAL
A faire remplir par le médecin traitant

En vue d'une admission au sein d'une Résidence Autonomie.

Nom :

Prénom :

Lieu de résidence actuel :

Date et lieu de naissance :

Motif de la demande d'admission :

Avis du médecin traitant pour une entrée en résidence autonomie :
(Établissement non médicalisé)

☐ Favorable ☐ Défavorable



1- Pathologies et signes cliniques contribuant à l'attente de l'autonomie

Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2- Prises en charges thérapeutiques

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions sur la vie du patient du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc (chimiothérapie, dialyse, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3- Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation de votre patient

- ☐ Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : ☐ <1 an ☐ > 1an)
- ☐ Stabilité
- ☐ Aggravation
- ☐ Évolutivité majeure
- ☐ Non définie



4- Mobilité - Déplacements

Précisez le périmètre de marche : ☐ < 200m ☐ > 200m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? ☐ Oui ☐ Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? ☐ Oui ☐ Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? ☐ Oui ☐ Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine ☐ Oui ☐ Non
- d'une canne ☐ Oui ☐ Non
- d'un déambulateur ☐ Oui ☐ Non
- d'un fauteuil roulant ☐ Oui ☐ Non
- d'une autre aide technique ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

5- Evaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	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
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Avoir la préhension manuelle	☐	☐	☐	☐
Avoir des activités de motricité fine	☐	☐	☐	☐

Précisions

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	☐	☐	☐	☐

Précisions

.....

.....

.....

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	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
S'orienter dans le temps	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace	☐	☐	☐	☐
Gérer sa sécurité personnelle	☐	☐	☐	☐
Maîtriser son comportement	☐	☐	☐	☐

Précisions

.....

.....

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ?

☐ Oui ☐ Non

Si connu, indiquez le score *mini mental state*(MMS)

Précisions

..... :

.....

.....

.....

.....

.....



6- Déficiences sensorielles

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, [merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL \(Volet 1 du cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH\)](#).

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, [merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste \(Volet 2 du cerfa n°15695*01-certificat médical MDPH\)](#).