

Marne
LE DÉPARTEMENT



PÔLE SOLIDARITÉS
Direction de l'Autonomie

Demande d'**APA** Allocation
Personnalisée d'Autonomie hors département de la Marne
en **ÉTABLISSEMENT**

Nom :

Prénom :

Nom et adresse de l'établissement d'accueil :

.....

.....

ÉTAT CIVIL

	DEMANDEUR	CONJOINT / CONCUBIN
	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Numéro de sécurité sociale		

Faites-vous (ou votre conjoint) l'objet d'une mesure de protection ?

Tutelle Curatelle Sauvegarde

Si oui, précisez les noms et coordonnées du tuteur :

.....

SITUATION FAMILIALE

Si vous êtes seul(e), vous êtes : Célibataire Séparé(e) Divorcé(e)

Veuf(ve) Date de décès du conjoint, concubin, pacte civil de solidarité :

Si vous vivez en couple, vous êtes : Mariés Concubins Pacte civil de solidarité

ADRESSE

Quelle est votre adresse actuelle ?

Numéro Nom de la rue

Code postal Commune

Téléphone

Depuis quelle date habitez-vous à cette adresse ?

Précisez s'il s'agit :

du domicile de vos enfants

d'une résidence autonomie, d'une résidence pour personnes âgées ou d'une MARPA

d'une maison de retraite médicalisée (EHPAD)

d'une famille d'accueil (particulier avec agrément accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 89)

d'une élection de domicile auprès d'un organisme agréé, précisez le nom de l'organisme :

.....

autre, précisez :

Quelle était votre adresse précédente ?

Numéro Nom de la rue

Code postal Commune

Quelle est l'adresse de votre conjoint, concubin ou pacte civil de solidarité si elle est différente de la vôtre ?

Numéro Nom de la rue

Code postal Commune

RESSOURCES

RETRAITES PRINCIPALES ET COMPLÉMENTAIRES

Retraites principales et complémentaires (Nom de l'organisme)	Montant MENSUEL perçu par	
	VOUS	VOTRE CONJOINT

AUTRES RESSOURCES

perçues par vous ou votre conjoint,
concubin, pacte civil de solidarité :

		Montant MENSUEL perçu par	
		VOUS	VOTRE CONJOINT
Salaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pensions alimentaires (versée par ex-conjoint)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Rente accident du travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Rente ou pension d'invalidité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Rente viagère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Qui vous verse cette rente ?			
Assurance privée dépendance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Revenu soumis au prélèvement libératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autres ressources	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

ALLOCATIONS, percevez-vous :

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prestation de compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère versée par les caisses de retraite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'aide ménagère au titre de l'aide sociale départementale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

PATRIMOINE DORMANT

BIENS IMMOBILIERS

Êtes-vous propriétaire d'un bien bâti ? Oui Non

Si OUI, précisez en la nature (appartement, immeuble, maison, fond de commerce ...) :

Adresse :

S'agit-il de votre résidence principale ? Oui Non

Percevez-vous un loyer ? Oui Non Si OUI, montant mensuel :

Etes-vous propriétaire d'un bien non bâti ? Oui Non

Si OUI, précisez en la nature (bois, terres agricoles et/ou viticoles, terrains ...) :

et la superficie

Ces biens sont-ils exploités ? Oui Non

Quel est le montant annuel du revenu issu de cette exploitation ? /an

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACÉS

(dont assurance vie) détenus par vous ou votre conjoint, concubin, pacte civil de solidarité.

Percevez-vous des revenus de capitaux mobilier ?

Actions Obligations SICAV Autres produits, précisez :

Quelle est la valeur en capital du portefeuille ? /an

Possédez-vous des assurances vie, des livrets ou des comptes productifs d'intérêts ? Oui Non
(type livret A, LDD, LEP, ...)

Nature	Montant du capital	Intérêts annuels

DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

En application de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016, des articles R 241-12 et suivants du Code de l'Action Sociale et des familles, les personnes âgées de 60 ans et plus, déposant un dossier pour l'obtention de l'APA en établissement ou sa révision peuvent solliciter l'obtention d'une CMI (Invalidité/Stationnement/Priorité) voir formulaire joint au dossier.

RÉCUPÉRATION

L'allocation personnalisée d'autonomie ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs (article L 232.19 du CASF).

VÉRIFICATION DES DÉCLARATIONS

Pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer (L232.16 du CASF).

FRAUDE ET FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L433.19, L441.7, L313.1, L313.3, L 313.7 et L313.8 du Code pénal (article L133.6 du CASF).

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

agissant en mon nom propre ou en qualité de représentant légal du demandeur,

certifie avoir pris connaissance des dispositions règlementaires concernant l'APA, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Fait à

Signature du demandeur

Date

Si vous avez un représentant nous lui adresserons les courriers et le contacterons en cas de besoin.

votre tuteur votre curateur un parent autre

Lien de parenté ou qualité :

Ses nom et prénom :

Son adresse :

..... Tél :



A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR VOTRE DOSSIER

Le présent dossier vous permet de solliciter l'étude de votre situation personnelle liée à la perte d'autonomie.

La demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement se compose :

- D'un dossier administratif.
- D'une grille AGGIR ci-jointe à faire compléter par le médecin coordonnateur et à joindre au dossier administratif, sous pli confidentiel.
- D'une liste des pièces justificatives.

ATTENTION : n'envoyez que des copies des pièces justificatives, les originaux sont à conserver.

Pour compléter le dossier :

- Mettre une croix dans les cases () correspondantes à votre situation.
- En l'absence de tuteur ou curateur, veuillez indiquer si une personne de votre entourage s'occupe plus particulièrement de la gestion de votre courrier administratif.

Si tel est le cas, complétez le paragraphe situé sous la signature intitulé « si vous avez un représentant », les courriers relatifs à votre demande lui seront adressés et il sera contacté en cas de besoin.

- S'agissant de la rubrique « patrimoine dormant » :
 - Biens immobiliers : sont concernés tous les biens immobiliers dont vous êtes propriétaire, y compris les biens situés sur d'autres communes.
ATTENTION : si vous êtes seulement usufruitier de ces biens, vous n'êtes pas propriétaire.
 - Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie) : sont concernés tous les placements d'épargne, bancaires ou sous forme d'assurance.

Lors du dépôt de votre dossier, assurez-vous que :

- Tous les imprimés sont complétés et votre demande signée.
- Toutes les pièces justificatives accompagnent votre demande.
- La grille AGGIR est remise sous l'enveloppe jointe et cachetée.

Comment sera menée l'instruction de votre dossier ?

Dès réception de votre dossier complet, un récépissé accusant réception de votre demande vous sera envoyé.

Si votre dossier est incomplet, une demande de pièces complémentaires vous sera également adressée. Un second accusé de réception fixant la date de votre dossier déclaré complet vous sera alors envoyé.

ATTENTION : seule la date de dépôt du dossier complet permet l'ouverture des droits.



Si vous remplissez les conditions administratives :

La grille AGGIR, complétée par l'équipe médico-sociale de l'établissement d'accueil puis validée par le médecin coordonnateur de l'établissement, détermine vos droits à l'APA au regard de votre perte d'autonomie.

Une participation est laissée à votre charge, elle sera déterminée en fonction de vos ressources. La décision du Président du Conseil départemental concernant le financement de l'APA en établissement hors Marne et la participation éventuelle restant à votre charge devra vous parvenir dans un délai maximum de 60 jours suivant la date de réception de votre dossier complet.

ATTENTION : l'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), ni avec la Majoration pour aide constante d'une Tierce Personne (MTP), ni avec la prestation légale d'aide ménagère, ni avec la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Conformément à l'article L 232-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'allocation personnalisée d'autonomie, pour les bénéficiaires accueillis en établissement, doit être versée directement à l'établissement. Le versement sera donc effectué sur le compte de l'établissement sur présentation de factures.

L'article L232-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que les services chargés de l'évaluation des droits de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peuvent demander toutes informations nécessaires aux administrations publiques notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire.

L'article R131-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit qu'en cas de déclaration incomplète ou erronée, il peut être procédé à la révision de l'aide apportée, et au remboursement des sommes indûment perçues.

PIÈCES A FOURNIR

Pour l'évaluation de la dépendance

- Une grille AGGIR jointe au dossier, à faire renseigner par l'équipe médico-sociale de l'établissement et visé par le médecin coordonnateur de l'établissement, ou à défaut par votre médecin traitant.
- Une copie de l'arrêté de tarification de l'établissement d'hébergement.

Pour l'état civil et la protection de la personne

- Copie lisible et complète du livret de famille régulièrement tenu à jour *ou* de la carte nationale d'identité *ou* du passeport de l'Union Européenne *ou* un extrait de naissance.
- Si vous êtes de nationalité étrangère : copie recto/verso de la carte de résidence *ou* du titre de séjour.
- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (cf. tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) : copie de l'ordonnance judiciaire.

Pour l'évaluation des ressources et du patrimoine

- Copie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.
- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou sur les propriétés non bâties, relevé annuel d'assurance vie ...).

Adresse d'envoi

PÔLE SOLIDARITÉS
Direction de l'Autonomie
A.P.A.
2, bis rue de Jessaint - CS 30454
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX

Contact

03 26 69 56 56
apaetab@marne.fr

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES A L'APA EN ÉTABLISSEMENT

Informatique et libertés

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement, mentionnée à l'article L232-1 du Code d'action sociale et des familles.

Les traitements concernés sont l'attribution et la gestion de l'APA.

Le responsable des traitements est le Département de la Marne. La base légale des traitements est l'article 6-1-c du RGPD. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données des personnes,
- Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L232-1 et suivants et R232-1 et suivants,
- Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée en juin 2018, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (dite « Loi Informatique et Libertés »),
- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH),
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociale et médico-sociale et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel,
- Arrêté du 6 mars 2018 fixant les spécifications techniques et les modalités de transmission d'informations relatives à l'APA et à l'ASH par les conseils départementaux au ministère des solidarités et de la santé,
- Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de la Marne.

Les données enregistrées sont celles des formulaires liées à la demande d'APA, ainsi que les informations librement fournies par l'utilisateur lors de l'entrée en établissement. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les données et catégories de données sont celles énumérées à l'article R232-41 et l'annexe 2-3 du CASF. L'ensemble des données est obligatoire ; tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :

- les organismes de retraite,
- les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC),
- le cas échéant, le médecin traitant, sous réserve du consentement de la personne,
- les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes,
- l'ensemble des destinataires prévus à l'article R232-45 du CASF.

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article R232-46 du CASF.

Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement (UE) 2016/679 et aux articles 38 et suivants de la Loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer directement auprès de la Direction de l'Autonomie par courrier postal ou par courriel à l'adresse apaetab@marne.fr.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données – Département de la Marne – 2 bis rue de Jessaint – CS 30454 – 51038 Châlons-en-Champagne cedex ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@marne.fr. Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité nationale de contrôle (en France : CNIL – 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr).



DONNÉES MÉDICALES

(uniquement pour les personnes accueillies dans un établissement hors Marne)

Loi n° 2001-647 et décret n° 2001-1084

**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE DE L'ÉTABLISSEMENT
ET A VISER PAR LE MÉDECIN COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Nom de l'établissement

Adresse

..... Téléphone

Date d'entrée

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance Homme Femme

FICHE D'ÉVALUATION REMPLIE PAR

Nom et prénom

Service

N° éventuel du dossier



GRILLE A.G.G.I.R version 2018

(AUTONOMIE, GÉRONTOLOGIE, GROUPE ISO RESSOURCES)

Activités réalisées par la personne seule

Cocher la/les case(s) concernée(s)

Ne fait pas > La personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.

Si cette case est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (STCH).

STCH > L'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier 1, 2 ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers. **S**ponanément. **T**otalement. **C**orrectement. **H**abituellement.

Aucun > Aucun adverbe ne pose problèmes. L'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

	Ne fait pas	Adverbes				Aucun
		S	T	C	H	
1 - TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir, dans les 2 sens.	<input type="checkbox"/>					
2 - DÉPLACEMENTS A L'INTÉRIEUR Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.	<input type="checkbox"/>					
3 - TOILETTE DU HAUT Assurer son hygiène corporelle (ne comprend pas le dos).	<input type="checkbox"/>					
TOILETTE DU BAS Ne comprend pas les ongles des orteils.	<input type="checkbox"/>					
4 - ÉLIMINATION URINAIRE Assurer la propreté des éliminations urinaires.	<input type="checkbox"/>					
ÉLIMINATION FÉCALE Assurer la propreté des éliminations fécales.	<input type="checkbox"/>					
5 - HABILLAGE DU HAUT Habillage, déshabillage, choix, préparation.	<input type="checkbox"/>					
HABILLAGE MOYEN Bretelles, ceinture, boutons.	<input type="checkbox"/>					
HABILLAGE DU BAS	<input type="checkbox"/>					
6 - ALIMENTATION : SE SERVIR Couper sa viande, se servir un verre d'eau, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit.	<input type="checkbox"/>					
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments à la bouche et les avaler.	<input type="checkbox"/>					
7 - ALERTER Utiliser un moyen de communication pour alerter.	<input type="checkbox"/>					
8 - DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR En dehors du lieu de vie.	<input type="checkbox"/>					
9 - ORIENTATION DANS LE TEMPS	<input type="checkbox"/>					
ORIENTATION DANS L'ESPACE	<input type="checkbox"/>					
10 - COHÉRENCE : COMMUNICATION Communiquer de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales.	<input type="checkbox"/>					
COHÉRENCE : COMPORTEMENT Agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales.	<input type="checkbox"/>					

Fait le Signature du médecin coordonnateur



DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention

● INVALIDITÉ

Oui Non

Si oui, avec mention complémentaire :

Besoin d'accompagnement

Cécité

S'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte invalidité délivrée pour une durée définitive ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention

● STATIONNEMENT

Oui Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement arrivant à expiration ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

S'agit-il d'une demande de remplacement délivrée pour une durée définitive ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte

● PRIORITÉ

Oui Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte



Expression des attentes et besoins de la personne **à remplir obligatoirement** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'ensemble des pièces est à renvoyer dûment complété à :

DÉPARTEMENT DE LA MARNE
PÔLE SOLIDARITÉS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE
2 bis rue de Jessaint - CS 30454
51038 Châlons-en-Champagne cedex

Fait à, le

Signature

**Pièces à fournir
obligatoirement**

- Ce document rempli et signé
- Le questionnaire médical rempli par le médecin traitant
- Copie pièce d'identité recto-verso
- Justificatif de domicile

**Pièces à fournir en
fonction des mentions
demandées**

- Si demande de renouvellement, une copie de
ou des cartes déjà attribuées
- Notification pension invalidité 3^{ème} catégorie
pour carte invalidité



ÉVALUATION MÉDICALE POUR UNE DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION Invalidité / Stationnement / Priorité

Vous sollicitez auprès du Président du Conseil départemental une demande de Carte Mobilité Inclusion.

Nous vous remercions de bien vouloir **transmettre cette fiche de liaison à votre médecin traitant**. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande.

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussignée(e) Docteur

Médecin traitant de,

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Raisons principales à l'origine de la demande CMI
à remplir obligatoirement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Poids Taille



MOBILITÉ

Périmètre de marche : mètres

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station debout pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 : Pas de difficulté
2 : Difficulté modérée
3 : Difficulté grave
ou absolue

Recours systématique à une aide pour déplacements à l'extérieur :

- Oui Non
 Aide humaine systématique
 Déambulateur
 Une canne
 Deux cannes
 Prothèse externe de jambe
 Fauteuil roulant

AUTRES LIMITATIONS

- Surdité Oui Non
 Appareils auditifs 1 2
 Recours à une oxygénothérapie extérieure
 Graves troubles visuels
 C civit 
 Autres difficultés rencontrées, à préciser

La réduction de la capacité de déplacement est :

- Définitive Récupération possible
 Au moins d'1 an évolution défavorable

Entretien personnel

Toilette, habillement, continence, alimentation

A : Sans difficulté B : Difficilement ou avec aide technique
C : Aide humaine partielle D : Aide humaine totale

	A	B	C	D
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"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perspective d'évolution globale

- Stabilité Incapacité fluctuante
 Amélioration à envisager Aggravation
 Hospitalisation possibles ou programm es Non définie

Fait à
le

Signature et cachet du médecin
obligatoire