

## A RENVoyer AU SECAD

Service communautaire d'accompagnement à domicile

15 rue Crec'h Uguen, 22810 Belle-Isle-en-Terre

Tél. 02.96.43.35.08 / Fax 02.96.43.36.43

Email : [secad@cc-belle-isle-en-terre.fr](mailto:secad@cc-belle-isle-en-terre.fr)

### CERTIFICAT MEDICAL

REMPLE par le Docteur

NOM, ADRESSE, N° de téléphone du médecin ou cachet

#### PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST SOLLICITEE :

M.  Mme  Mlle

Nom

Prénom

Date de naissance

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse

  
-----

<b>HANDICAP PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE</b> <i>(Date d'apparition, caractère chronique ou évolutif, dates précises d'hospitalisations éventuelles)</i>	
<b>HANDICAPS ASSOCIES</b> <i>(Problèmes auditifs, visuels, autres)</i>	
<b>TRAITEMENT MEDICAUX</b> <i>(Nom des médicaments)</i>	

DOCUMENT NECESSAIRE A L'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE  
DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES HEURES D'AIDE A DOMICILE

## A RENVoyer AU SECAD

Service communautaire d'accompagnement à domicile

15 rue Crec'h Uguen, 22810 Belle-Isle-en-Terre

Tél. 02.96.43.35.08 / Fax 02.96.43.36.43

Email : [secad@cc-belle-isle-en-terre.fr](mailto:secad@cc-belle-isle-en-terre.fr)

INTERVENTIONS PARAMEDICALES (Kinésithérapeute, ergothérapeute, soins infirmiers ou d'aide soignants, autres) > Fréquence :	
PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU HANDICAP	

### APPRECIATION GLOBALE SUR LA PERTE D'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT

Le patient peut-il ?

- Se lever seul :  OUI  NON
  - Se coucher seul :  OUI  NON
  - Se tenir debout :  OUI  NON
  - Marcher :  OUI  NON
  - Manger seul :  OUI  NON
  - Faire sa toilette :  OUI  NON
  - S'habiller seul :  OUI  NON
  - Aller au W.C. :  OUI  NON
- du lit :  OUI  NON  
- d'une chaise :  OUI  NON
- la grande toilette :  OUI  NON  
- la toilette journalière :  OUI  NON

Y-a-t-il des troubles sphinctériens ?  OUI  NON

- urinaires  OUI  NON  
- fécaux  OUI  NON

Y-a-t-il une atteinte des fonctions intellectuelles ?  OUI  NON

Si oui, préciser :  
Incohérence  OUI  NON  
Désorientation  
Temporo-spatiale  OUI  NON  
Autres :

Certificat rempli à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

(Cachet et signature du médecin)

DOCUMENT NECESSAIRE A L'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE  
DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES HEURES D'AIDE A DOMICILE