

**EHPAD**



30, Allée de Joinville –  
93190 LIVRY-GARGAN

☎ 01.41.70.11.11

Fax 01.41.70.11.12

## **DOCUMENTS A JOINDRE AU CERTIFICAT MEDICAL**

### **IMPERATIF :**

*Fournir un compte rendu de radio pulmonaire datant de moins de 3 mois.  
En cas d'hospitalisation, compte rendu d'hospitalisation.*

- Photocopie du livret de famille ou acte de naissance,
- photocopie de la carte d'identité,
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale,
- Photocopie de la carte Vitale,
- Photocopie de la carte mutuelle,
- Photocopie de la notification A.P.A à domicile,
- 1 Photo d'identité,
- Attestation de responsabilité civile,
- Ordonnance à jour,
- Un carnet ou cahier (pour le lien en le domicile et l'accueil de jour),
- Un change vestimentaire qui restera dans nos vestiaires (pantalon, pull, robe, chemise etc.),
- Des protections si cela est nécessaire.

### **POUR INFORMATION**

**Coordonnées téléphoniques des trois secrétaires**  
**du**  
**secteur APA à domicile du Conseil Général de Seine Saint Denis**

TEL : 01 43 93 86 31

TEL : 01 43 93 92 52

TEL : 01 43 93 91 39

**EHPAD**



30, Allée de Joinville –  
93190 LIVRY-GARGAN  
☎ 01.41.70.11.11  
Fax 01.41.70.11.12

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : ...../...../.....

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**HISTOIRE DE VIE – (Famille – Métier.....)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VIE SOCIALE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PERSONNALITE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VIE QUOTIDIENNE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**A SAVOIR**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**DIAGNOSTIC NEUROLOGIQUE**

*A remplir par le médecin spécialiste ou à défaut par le  
médecin traitant*

**Nom du médecin spécialiste** : .....

**Bilan fait par :**

- Neurologue hospitalier            Si oui lequel : .....
- Neurologue privé                  Si oui lequel : .....
- Hôpital de jour                      Si oui lequel : .....

*Joindre une photocopie du bilan*

**COMPORTEMENT**

<b>Activités locomotrices désordonnées</b> (fugues – errances – déplacements intempestifs d’objets – activités stériles)	<b>Beaucoup</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Pas</b>
<b>Actes agressifs</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Pas</b>
<b>Expression verbale gênante pour l’entourage</b> (cris – injures – chants – paroles répétitives)	<b>Beaucoup</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Pas</b>
<b>Oppositions aux soins</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Pas</b>
<b>Appels répétés – demandes disproportionnées</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Pas</b>

**Autres informations paraissant utiles à fournir :**

.....

.....

.....

.....

A.....

Le.....

**CACHET** du médecin ayant établi la fiche