

**Cerfa**  
N° 11510\*01

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro d'immatriculation : | | | | | | | | | | | | |

Adresse : .....

Code Postal : | | | | | Commune : .....

| VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE |                                                                                                     |           |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1                                                          | COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée                                          |           |
| 2                                                          | ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux                 |           |
| 3                                                          | TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle                                                            | Haut      |
|                                                            |                                                                                                     | Bas       |
| 4                                                          | HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter                                                | Haut      |
|                                                            |                                                                                                     | Moyen     |
|                                                            |                                                                                                     | Bas       |
| 5                                                          | ALIMENTATION : manger les aliments préparés                                                         | Se servir |
|                                                            |                                                                                                     | Manger    |
| 6                                                          | ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale                                 | Urinaire  |
|                                                            |                                                                                                     | Fécale    |
| 7                                                          | TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir                                                         |           |
| 8                                                          | DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...                  |           |
| 9                                                          | DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport                   |           |
| 10                                                         | COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...    |           |
| VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE  |                                                                                                     |           |
| 11                                                         | GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens                                         |           |
| 12                                                         | CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis                                   |           |
| 13                                                         | MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers                                                  |           |
| 14                                                         | TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport                                         |           |
| 15                                                         | ACHATS : acquisition directe ou par correspondance                                                  |           |
| 16                                                         | SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin                                        |           |
| 17                                                         | ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps |           |

C : ne fait pas

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

## ATTENTION

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

**Attestation d'incapacité à accomplir  
les actes ordinaires de la vie**

Partie réservée au médecin : .....

Je soussigné(e), Dr : .....

certifie que : Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 .....Adresse : ..... Code Postal : 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Commune : .....

est dans l'incapacité d'accomplir seul(e), totalement, habituellement et correctement au moins quatre des 17 actes de la grille AGGIR, que ces actes soient relatifs à la perte d'autonomie physique et psychique ou à la perte d'autonomie domestique et sociale.

A : ..... , le : .....

Signature et cachet du médecin :

Partie réservée au contrôle médical :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....