Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)





Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



- Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.
- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical:

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle. durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-desso	
Je soussigné Docteur certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation	Date:
de M. ou Mmedepuis mon précédent certificat.	Signature:

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :

Adresse:

 \mbox{N}° d'immatriculation \mbox{N}° de dossier sécurité sociale :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH?

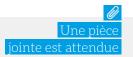
A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande





Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...):

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition : 1

Maladie Accident vie privée

Accident du travail Maladie professionnelle

Date d'apparition :

Congénitale

A la naissance Depuis moins de un an

Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...):

3. Description clinique actuelle

Latéralité dominante Poids: kg Taille: cm Droite Gauche avant handicap: Réguliers ponctuel Description des signes cliniques invalidants et fréquence : **Permanents** > 15 j par mois < 15 j par mois

Précisions:

Perspective d'évolution globale:

Incapacité fluctuante Stabilité

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Aggravation

Evolutivité majeure

Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01) Observations:



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01) Observations:

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Précisez dans chaque cas la fréquence et la du		
Classes thérapeutiques ou nom des médicame	ents:	
Effets secondaires du traitement :		
Autres contraintes si connues (modalités d'admin la vie sociale, familiale et/ou professionnelle):	istration, nécessité de déplacement, recours à une tierce p	ersonne, répercussions sur
Régime alimentaire :		
Autre prise en charge concernant les soins :		
Hospitalisations itératives	Soins ou traitements nocturnes	Fréquence

ou programmées Suivi médical spécialisé (si oui, préciser) Autres

Précisions:

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires:	Modalité de suivi
Ergothérapeute		CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
Infirmière		CMP (Centre Médico Psychologique)	
Kinésithérapeute		CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
Orthophoniste		Hôpital de jour	
Orthoptiste		Autre	
Psychologue			
Psychomotricien			
Autre			

Type d'appareillage :

Projet thérapeutique :

Corrections auditives:	Unilatérale	Bilatérale	Appareillage	Implant
Aide à mobilité	Déambulateur Fauteuil roulant électric Autre préciser (Ex : Sco	•	Orthèse, prothèse (préciser) Fauteuil roulant manuel	
Appareillage visuel :	Télé-agrandisseur Loupe	Terminal-braille Logiciel de synthèse	Logiciel de basse vision vocale	
Alimentation / Elimination :	Gastro ou jéjunostomie Sonde urinaire	d'alimentation Stomie urinaire	Stomie digestive d'élimination	on
Aides respiratoires :	Trachéotomie	O2	Appareil de ventilation (pré	ciser)
Aide à la parole	Prothèse phonatoire			
Autre appareillage :				

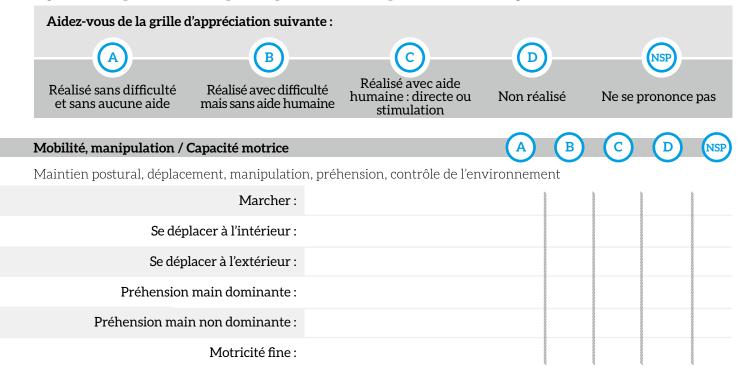
 $Pr\'{e}cisions~(type, adaptation, circonstances~d'utilisation, autonomie~de~la~personne~\grave{a}~l'utiliser, compliance)~:$

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

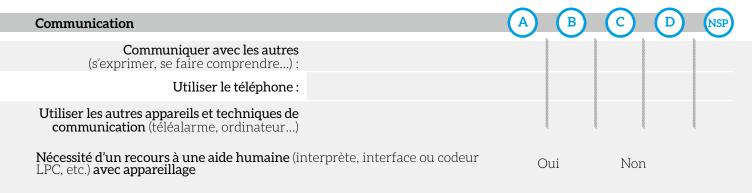
Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides tec		Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur	***************************************	
Déambulateur	En intérieur	En extérieur		
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur		
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur		
Ralentissement moteur : C	Dui Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants**, **par comparaison avec une personne du même âge**.



Précisions:



Précisions:



Cognition / Capacité cognitive	(A)	B	(c)	D	NSP
Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace					
Orientation dans le temps :					
Orientation dans l'espace :					
Gestion de la sécurité personnelle :					
Maîtrise du comportement :					IIII
Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif:					

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...):

La personne sait-elle :

Lire Forire Calculer

Oui	Non	NSP	Lire	Ecrire	Calculer	NS	SP
Entretien perso	nnel			A	(B) (C)	D	NSP
Toilette, habillage, co	ontinence, alimentation						
	Faire sa toilett	e:			muuum		
	S'habiller, se déshabille	r:					
Manger e	t boire des aliments prépar	és			amma		
	Couper ses aliment	s:			annannan an a		
Assurer l'hygiè	ene de l'élimination urinair	e:			annannan an a		
Assurer l'hy	giène de l'élimination fécal	e:			numum		

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...):

Vie quotidienne et vie domestique			A	В	(c)	D	NSP
Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un NB : à compléter par comparaison avec une personne du		émarches					
Prendre son traitement médical :							
Gérer son suivi des soins :							
Faire les courses :							
Préparer un repas :							
Assurer les tâches ménagères :							
Faire des démarches administratives :							
Gérer son budget :							
Autre (préciser) :							
Précisions :							
i recisions.							
Retentissement sur vie sociale et familiale :							
Situation familiale: Vi	e familiale	Isolement	Ruptu	re	Autre (pr	réciser)	
Présence d'un aidant familial:	ıi Non						
Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ? Quel type d'intervention ?							
Précisions :							
Retentissement sur la scolarité et les études	supérieures :						
Retentissement sur l'emploi :							
Avis du médecin du travail joint (si d	isponible)						
Si travaille actuellement, retentissement sur	· l'antituda au						
poste et/ou le maintien d	lans l'emploi :	Oui	Non	NSP			
Si oui, préciser :							
Si ne travaille pas actuellement, retentiss recherche d'emploi ou le suivi d	sement sur la le formation :	Oui	Non	NSP			

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observation	ons complémentaires si besoin	
8. Coordonnées et signature	e	
Docteur : Identifiant RPPS :	Médecin traitant : Oui Non ! Identifiant ADELI : !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!	
Adresse postale :	Identifiant ADELI:	
Tier eee processe .		
Téléphone :	Email:	
Document rédigé à la demande du pa	atient et remis en main propre le :	
Fait à :		
Signature du médecin	Signature du patient (non obligatoire)	