Certificat médical

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

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

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.

* « 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)

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:

N° d'immatriculation N° de dossier sécurité sociale : auprès de la MDPH :

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

A joindre à ce document

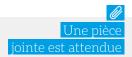


Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs.

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 Inférieure à un an

Entre 1 et 5 ans 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

Poids:	kg	Taille :	cm	Latéralité dominante avant handicap :		e Gauche	9
Description des sig	nes cl	liniques invalidants	et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois	
						munum	A
				annannannannannannannannannannannannann			

Précisions:

Perspective d'évolution globale:

Stabilité Incapacité fluctuante 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 un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal, réalisé par un ORL.

Observations:



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type rempli par un ophtalmologiste.

Observations:

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Précisez dans chaque cas la fréquence et la		
Classes thérapeutiques ou nom des médica	ments :	
Effets secondaires du traitement :		
Autres contraintes si connues (modalités d'adrivie sociale, familiale et/ou professionnelle):	ministration, nécessité de déplacement, recours à une tie	erce personne, répercussions sur la
Régime alimentaire :		
Autre prise en charge concernant les soins	:	
Hospitalisations itératives ou programmées	Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)	Fréquence

Précisions:

Suivi médical spécialisé

Autres

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires:	Modalité de suivi
Ergothérapeute		CAMSP (Centre Médico-Social Précoce)	
Infirmière		CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
Kinésithérapeute		CMP (Centre Médico Psychologique)	
Orthophoniste		CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
Orthoptiste		Hôpital de jour	
Psychologue		EMS (Etablissement Médico-Social)	
Psychomotricien		SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile)	
Autre		Autre service médico-social. Préciser :	
Projet thérapeutique :		Autre. Préciser :	

Type d'appareillage :

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

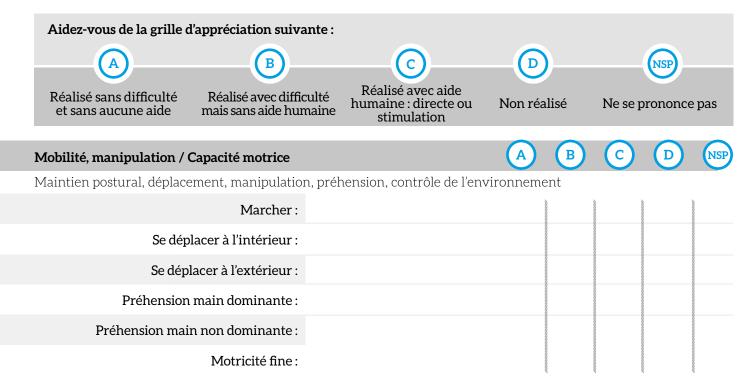
 $Pr\'{e}cisions \ (type, adaptation, circonstances \ d'utilisation, autonomie \ de \ la personne \ \grave{a} \ l'utiliser, compliance):$

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

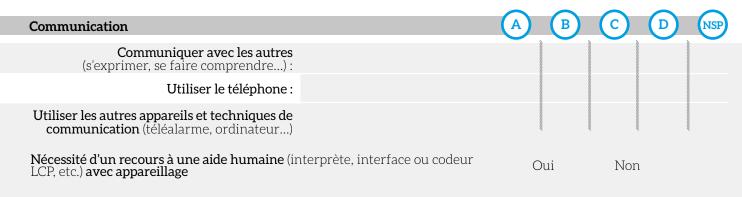
Déplacement : périmètre de marche Mètres

Modalités d'utilisation des aides		Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur	manaman	
Déambulateur	En intérieur	En extérieur		
Fauteuil roulant manuel				
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur	mmmm	
Ralentissement moteur :	Oui Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompag	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
$Attention, m\'emoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace$					
Orientation dans le temps :					
Orientation dans l'espace :					
Gestion de la sécurité personnelle :					
Maîtrise du comportement :					
Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif:					
Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la cond	duite émo	tionnelle	et compo	rtementa	le) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, La personne sait-elle: mise en danger...): Oui Non NSP Lire Ecrire Calculer NSP Entretien personnel Toilette, habillage, continence, alimentation... Faire sa toilette: S'habiller, se déshabiller: Manger et boire des aliments préparés Couper ses aliments: Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

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

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Vie quotidienne et vie domestique		A	B	(c)	D	NSP
Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge	démarches					
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:						
Retentissement sur vie sociale et familiale:						
Situation familiale: Vie familiale	Isolement	Rupture	е	Autre (pi	réciser)	
Présence d'un aidant familial : Oui 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 disponible)						
Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :	Oui	Non	NSP			
Si oui, préciser :						
Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la	Oui	Non	NSP			

Si oui, préciser :

7. Remarques	s ou observations	s com	plémentaires si	besoin		
8. Coordonné	ées et signature					
Docteur :			Médecin traitant :	Oui	Non	
Identifiant RPPS : Adresse postale :		A	Identifiant ADELI:			A
Téléphone :			Email:			
Document rédig Fait à :	é à la demande du patien	nt et rer	mis en main propre le :			uuuuuuuu
Signature du médeci	ာ (signature non nécessaire dans le c authentification étant assurée par vot oi d'un e-mail à valider)	as cre	Signature du patient (non o	bligatoire)		