



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

## ertificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

/ Nom de naissance			
Nom d'épouse			
Prénom		Date de naissa	nce/
Adresse			
N° d'immatriculation sécurité	sociale		
N° de dossier auprès de la N	1DPH (si connu)		
demande auprès de la et Il n'y a pas de modi handicap* de votre pat	MDPH (ou des dispositifs fication significative da tient depuis le dernier cer	ical pour ce patient lors antérieurs, COTOREP ou ns l'état de santé, l'état tificat que vous avez étab médical simplifié ci	CDES)  fonctionnel ou le
Je certifie que depuis mon posignificative dans l'état de sa		·	· ·
Α	le	Cachet	
Signature du médecin			

**□** Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant

Si des <u>examens complémentaires</u>, <u>évaluations</u> ou <u>hospitalisations</u> en lien avec le handicap ont été réalisés : **Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs**.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

<sup>\* «</sup>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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap	Code CIM			
Pathologies autres				
Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH  Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance pour les enfants - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité				
☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle	compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)			
Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréq	uence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur			
Poids Taille Iatéralité dominante a	vant handicap compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)			
Perspective d'évolution  ☐ Stabilité ☐ Aggravation ☐ Inc	capacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)			
	visible des limitations fonctionnelles)			
En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal Observations :				
En cas de déficience visuelle avec un retentissement signif Observations :	ficatif: Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste			

Traitements, prises en charges	s thérapeutiques			
Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les co	ontraintes liées aux traitements, les effets secondaires,  compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)			
Prises en charge régulières  Hospitalisations itératives ou programmées Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non Autres prises en charges paramédicales régulières Autre (préciser)				
Soins ou traitements nocturnes  non  oui (préciser)				
Projet thérapeutique (le cas échéant) :				
Appareillages  Appareil auditif	otation, circonstances d'utilisation, autonomie de la compliance			
	n tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez e la situation de la personne			
Périmètre de marche  Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement	L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus):  1 - pas de difficulté 2 - difficulté modérée 3 - difficulté grave ou absolue  1 2 3  Marcher  Se déplacer à l'intérieur  Se déplacer à l'extérieur  Préhension main dominante  Préhension main non dominante  Motricité fine			
Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint : □	Utiliser des appareils et techniques   Current de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur)			
Conduite émotionnelle, relationnelle				
Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace	Orientation dans le temps  Orientation dans l'espace			

Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger	Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			
Entretien personnel: toilette, habillage, continence, alimentation	A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique C : aide humaine partielle D : aide humaine totale  A B C D  Faire sa toilette			
Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches	Manger et boire des aliments préparés			
Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)				
Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :	□non □oui (préciser)			
Retentissement sur l'emploi (si besoin)  Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménages de la complexión de la co	oloi ou le suivi de formation :  non oui (préciser)			
Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide hu	umaine, aide technique, aménagements (Si besoin)			
Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)				
Certificat médical établi par :				
A le Signature du médecin	Cachet (obligatoire)			