

# 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  
sécurité sociale :

N° de dossier  
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 :

Éléments essentiels à retenir (évolutivité, facteurs de gravité ...) :

## 2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

- ☐ Congénitale   ☐ Maladie   ☐ Accident vie privée  
☐ Accident du travail   ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

- ☐ 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 :

## 3. Description clinique actuelle

Poids :  kg   Taille :  cm

Latéralité dominante avant handicap : ☐ Droite   ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Précisions :

### Perspective d'évolution globale :

- |                                      |                                                |                                                                                                      |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stabilité   | <input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante | <input type="checkbox"/> Amélioration (préciser la durée pré-visible des limitations fonctionnelles) |
| <input type="checkbox"/> Aggravation | <input type="checkbox"/> Evolutivité majeure   | <input type="checkbox"/> 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



- ☐ **Déficience auditive** avec un retentissement significatif. Dans ce cas, joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal, réalisé par un ORL

Observations :



- ☐ **Déficience visuelle** avec un retentissement significatif  
Dans ce cas, joindre le compte-rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

## 5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

### Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Fréquence / Durée

/

Contraintes et effets secondaires du traitement :

Régime alimentaire :

Répercussions sur la vie sociale, familiale et professionnelle (si connues) :

### Autre prise en charge concernant les soins :

- |                                                                     |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées | <input type="checkbox"/> Soins ou traitement nocturnes (si oui, préciser) |
| <input type="checkbox"/> Suivi médical spécialisé                   | <input type="checkbox"/> Autres                                           |

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière :	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> CAMSP (Centre Médico-Social Précoce)	
<input type="checkbox"/> Infirmière		<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho- Pédagogique)	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
<input type="checkbox"/> Psychologue		<input type="checkbox"/> ESMS (Etablissement et Service Médico-Social)	
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		<input type="checkbox"/> SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile)	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Autre	

**Projet thérapeutique :**

**Type d'appareillage :**

Corrections auditives :	<input type="checkbox"/> Unilatérale	<input type="checkbox"/> Bilatérale	<input type="checkbox"/> Appareillage	<input type="checkbox"/> Implant
Aide à mobilité	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Orthèse, prothèse (préciser)	
	<input type="checkbox"/> Autre préciser ( Ex : Scooter, ... ) : <div></div>			
Appareillage visuel :	<input type="checkbox"/> Télé-agrandisseur	<input type="checkbox"/> Terminal-braille	<input type="checkbox"/> Logiciel de basse vision	
	<input type="checkbox"/> Loupe	<input type="checkbox"/> Logiciel de synthèse vocale		
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> Electrique	<input type="checkbox"/> Manuel		
Alimentation / Elimination :	<input type="checkbox"/> Gastro ou jéjunostomie d'alimentation		<input type="checkbox"/> Stomie digestive d'élimination	
	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie urinaire		
Aides respiratoires :	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> Appareil de ventilation (préciser)	
Aide à la parole	<input type="checkbox"/> Prothèse phonatoire			
Autre appareillage :	<div></div>			

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

# Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

## 6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

**Déplacement :** périmètre de marche  Mètres

Recours à des aides techniques	Utilisation des aides techniques		Fréquence d'utilisation
<input type="checkbox"/> Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	

Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ 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.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

### Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

### Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LCP, etc.) avec appareillage

☐ Oui ☐ Non

Précisions :



☐ Bilan orthophonique. A joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif

## Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

A B C D NSP

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Orientation dans l'espace :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gestion de la sécurité personnelle :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Maîtrise du comportement :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 sécurité (Gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers, mise en danger...) :

☐ Oui ☐ Non

☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire

☐ Ecrire

☐ Calculer

☐ NSP

## Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

A B C D NSP

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

S'habiller, se déshabiller :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Manger et boire des aliments préparés

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Couper ses aliments :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

## Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...  
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

A B C D NSP

Prendre son traitement médical :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gérer son suivi des soins :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Faire les courses :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Préparer un repas :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer les tâches ménagères :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Faire des démarches administratives :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gérer son budget :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Autre (préciser) :

Précisions :

## Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autre (préciser)

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 recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

## 7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

## 8. Coordonnées et signature

Docteur :

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :  
(si sécurisé)

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

/

/

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)