

**CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ATTRIBUTION DES AIDES
AUX ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES**

Cher confrère,

La rédaction de ce certificat médical est un moment important, en effet il doit nous permettre de répondre au mieux à la demande de votre patient et à l'évaluation de son handicap.

Aussi, je vous remercie de bien vouloir décrire les symptômes, leurs fréquences, leurs répercussions dans la vie quotidienne, le stade des pathologies, la tolérance des appareillages, les traitements et les éventuelles perspectives thérapeutiques.

La description des pertes de mobilité, des gênes dans la vie quotidienne et les répercussions sociales et professionnelles nous sont très utiles.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez remettre sous pli confidentiel ce certificat à votre patient.

L'équipe médicale de la MDPH

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ATTRIBUTION DES AIDES AUX ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

PATHOLOGIE PRINCIPALE QUI MOTIVE CETTE DEMANDE

1°)

.....

Cette pathologie est acquise depuis le

Suite à : une maladie ☐ une affection congénitale ☐ un accident de travail ☐

un accident de trajet ☐ une maladie professionnelle ☐ un accident de la voie publique ☐

Autres :

.....

PATHOLOGIES ASSOCIEES

2°)

3°)

4°)

5°) Alcoolisme ☐ Toxicomanie ☐ Tabagisme ☐

PRECISIONS UTILES

Poids : Taille :

Traitements médicamenteux avec posologie et fréquence des prises :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tolérance :

Prise en charge autre que médicamenteuse (orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmiers à domicile...), avec motifs et fréquence.

.....

.....

.....

.....

DEFICIENCES LIEES AUX PATHOLOGIES

Description des symptômes, des déficiences ayant des répercussions dans la vie sociale et professionnelle

DEFICIENCE PSYCHIATRIQUE

Suivi ambulatoire (fréquence) :

Hospitalisations (fréquence) :

Troubles du comportement :

DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Notion de déficit des fonctions supérieures : (QI si effectué)

Communication verbale : OUI ☐ NON ☐

Communication non verbale : OUI ☐ NON ☐

Acquisition lecture : OUI ☐ NON ☐

Acquisition écriture : OUI ☐ NON ☐

DEFICIENCE NEUROLOGIQUE

Troubles moteurs, sensitifs, équilibre...

Qualité de l'orientation temporo-spatiale :

Qualité de la vigilance :

Epilepsie : Type :

Fréquence des crises :

DEFICIENCE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (hors déficience intellectuelle)

DEFICIENCE DE LA VISION

Utiliser et joindre le certificat ophtalmologique type (annexé au dossier) daté de moins de trois mois.

DEFICIENCE DE L'AUDITION

1) Adresser un audiogramme de moins de trois mois effectué avec et sans appareillage

2) Appareillage : Type :

Tolérance :

DEFICIENCE CARDIAQUE ET VASCULAIRE

Résultats d'échographie, FEV, épreuve d'effort, doppler de moins de trois mois

Dyspnée de repos ☐ d'effort ☐ périmètre de marche moyen sur terrain plat :

DEFICIENCE RESPIRATOIRE

Résultats de gaz du sang, d'EFR de moins de trois mois

Dyspnée de repos ☐ d'effort ☐ périmètre de marche moyen sur terrain plat :

Oxygénothérapie permanente ☐ Débit :

Intermittente ☐ Fréquence : Débit :

DEFICIENCE DE LA FONCTION GENITO URINAIRE

Trouble de l'élimination urinaire : rétention ☐ incontinence diurne ☐ nocturne ☐

Protection ☐ sonde ☐ stomie ☐ autres :

Dialyse : OUI ☐ NON ☐

Type :

Fréquence hebdomadaire :

Greffe : OUI ☐ NON ☐

Date :

Tolérance :

DEFICIENCE DE LA FONCTION DIGESTIVE

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois

Troubles de la déglutition, troubles hépatiques, pancréatiques, du transit :

Modalités d'alimentation :

Stomies :

DEFICIENCES METABOLIQUES, ENZYMATIQUES

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois

Type de diabète, obésité, nanisme, autres... ..

DEFICIENCES DU SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois

DEFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Périmètre de marche moyen sur terrain plat :

Combien de temps peut-il marcher sans s'arrêter :

Nombre d'étages montés sans s'arrêter :

Utilisation d'une canne : OUI ☐ NON ☐

déambulateur : OUI ☐ NON ☐

de deux cannes : OUI ☐ NON ☐

fauteuil roulant manuel ☐ électrique ☐

Utilisation d'une prothèse type :

Tolérance :

Localisation : Membre supérieur : bras, coude, avant bras, poignet, main ... DROIT, GAUCHE

Membre inférieur : cuisse, genou, jambe, cheville, pied DROIT, GAUCHE

Ceintures pelviennes, ceinture scapulaire DROIT, GAUCHE

Colonne vertébrale cervicale, dorsale, lombaire, sacro coccygienne

Types de troubles :

Troubles associés :

AUTRES DEFICIENCES

FICHE D'AUTONOMIE

1°) VIE QUOTIDIENNE	SEUL	SEUL AVEC DIFFICULTE ET/OU SEUL AVEC AMENAGEMENT OU AIDE TECHNIQUE	AVEC UNE AIDE PARTIELLE Suppléance humaine partielle Aide aux gestes accompagnement	AVEC UNE AIDE TOTALE Suppléance humaine totale
MOBILITE				
Faire ses transferts				
Marcher, se déplacer				
Prendre avec la main dominante				
Prendre avec la main non dominante				
Activités de motricité fine				
ENTRETIEN PERSONNEL				
Se laver				
S'habiller				
Assurer l'hygiène de l'élimination				
Prendre ses repas (déjà préparés)				
COMMUNICATION				
Parler				
Entendre (percevoir et comprendre)				
Voir (distinguer et identifier)				
Utiliser les moyens de communication				
EXIGENCE GENERALE ET VIE DE RELATION				
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Gérer sa sécurité				
Maitriser son comportement dans ses relations à autrui				

2°) VIE PROFESSIONNELLE

Formation professionnelle ou niveau scolaire :

Le demandeur exerce t'il une activité : Oui ☐ laquelle ?

Non ☐ depuis quand ?

Motif de l'arrêt

Existe-t-il des inaptitudes définies par le médecin du travail ? si oui ☐ lesquelles :

Difficultés rencontrées au poste de travail :

Le demandeur est il reconnu en invalidité par la Sécurité Sociale ? oui ☐ non ☐

1ère catégorie ☐ 2ème catégorie ☐ 3ème catégorie ☐ Taux d'IPP (AT)

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN