

Nom du médecin Date de la consultation.....
 Nom de la personne : Date de naissance :
 Adresse :

CERTIFICAT MEDICAL

PATHOLOGIE(S) A L'ORIGINE DU HANDICAP

Pathologie principale à l'origine du handicap :

Pathologies associées (en lien avec le handicap) :

Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Congénital | <input type="checkbox"/> Accident vie privée | IPP |
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Accident professionnel | IPP |
| <input type="checkbox"/> Inconnue | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle | IPP |

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET HISTOIRE DE LA MALADIE (*circonstance du traumatisme, bilan initial, facteurs de gravité, évolution des troubles... pour les enfants : antécédents périnataux, âge de la mère à l'accouchement, procréation médicalement assistée, âge gestationnel, jumeauité, multiparité, poids, taille, périmètre crânien à la naissance,...*)

Date d'apparition du handicap :

DESCRIPTION CLINIQUE

Taille : Poids :
 Main dominante (*avant handicap*) : droit gauche ambidextre

Vision (joindre obligatoirement un certificat de l'ophtalmologiste)

Acuité visuelle avec correction : Restriction du champ visuel non oui

De loin : œil droit œil gauche (*préciser*)

De près : œil droit œil gauche

Audition (joindre obligatoirement un audiogramme récent)

Perte de l'acuité auditive sans correction : oreille droite oreille gauche

Description clinique (*en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel*)

Capacité d'appel à l'aide

- peut appeler en cas de besoin d'assistance
 peut appeler si aide technique en place (téléalarme, sonnette, téléphone, etc...)
 ne peut absolument pas appeler y compris avec une aide technique

Symptômes majorant les déficiences et incapacités (*préciser : retentissement psychologique, asthénie, fatigabilité, lenteur, douleur, spasticité, amaigrissement, œdèmes, troubles du transit, nausées, prurit, toux ou expectoration ... préciser si ces symptômes sont dus au traitement*)

Durée prévisible des incapacités

- > 1an
- < 1an

- Incapacité fluctuante
- Risque vital

préciser :

Tendance évolutive (appréciation globale)

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation

Si renouvellement, évolution depuis la précédente demande :

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation

PRISE EN CHARGE

Traitement régulier : non oui

Préciser la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance...

Prises en charges régulières : non oui

Préciser la nature, la fréquence...

- Consultations médicales régulières spécialisées ou non (*préciser*)
- Hospitalisations itératives ou programmées (*préciser*)
- Kinésithérapeute
- Infirmier
- Orthophoniste
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Autre (*préciser*) :

en cas de soins infirmiers précisez :

nombre de séances par jour :
la toilette et l'habillage sont-ils assurés par l'auxiliaire médical ?

Autres soins réguliers : non oui *Préciser les soins concernés*

Nécessité d'assurer une prévention : non oui

<i>Si oui préciser les actes</i>	<i>auto prévention</i>	<i>prévention réalisée par un tiers</i>	<i>fréquence</i>
<input type="checkbox"/> Cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urinaire et intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Orthopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Thermique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

précisions :



Contraintes

Existence de soins ou de traitements nocturnes : non oui *si oui préciser la nature et la fréquence*

Présence d'un appareillage : non oui

Précisions sur l'appareillage, son adaptation, sa tolérance, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser

- Petit appareillage (*préciser*)
- Grand appareillage (*préciser*)
- 1 canne
- 2 cannes, déambulateur
- Fauteuil roulant
- Appareil auditif
- Stomie urinaire
- Sonde urinaire
- Stomie digestive
- Alimentation par gastro ou jéjunostomie
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (*préciser*)
- Dépendance à une autre machine (*préciser*)
- Autres appareillages (*préciser*)

Contraintes alimentaires : non oui *Préciser : régime, alimentation adaptée...*

Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes : non oui *Préciser*

- Froid Chaleur
- Intempéries Humidité
- Poussières Luminosité
- Agents chimiques Agents infectieux
- Autres (*préciser*)

Synthèses des contraintes liées aux déplacements extérieurs (*carte de stationnement pour personnes handicapées*)

- Périmètre de marche inférieur ou égal à 200m supérieur à 200m
- Utilisation d'une aide technique ou d'un appareillage lors des déplacements extérieurs non oui
- Besoin d'accompagnement pour tous les déplacements extérieurs non oui
- Besoin d'accompagnement pour certains déplacements non oui
- Apprentissage possible pour certains trajets non oui

READAPTATION FONCTIONNELLE

Réalisée En cours Préconisée Sans objet

AUTRES QUESTIONS

Conduite addictive : Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (*préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...*)

consommation abus intoxication



APPRECIATION GLOBALE DE L'AUTONOMIE (S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PRESTATION DE COMPENSATION REMPLIR OBLIGATOIREMENT LE DOCUMENT ANNEXE)

Appréciation des capacités fonctionnelles de la personne hors aide ou assistance.

0 Pas de difficulté
 1 Difficulté légère
 2 Difficulté modérée
 3 Difficulté grave
 4 Difficulté absolue
 9 Sans objet

	0	1	2	3	4
cohérence					
orientation					
transferts					
toilette					
habillement					
alimentation					
élimination					
déplacements intérieurs					
Déplacements extérieurs					
Communication à distance					

CONCLUSION ET SYNTHÈSE MÉDICALE *(la synthèse peut porter notamment sur : le contexte de l'examen, les interrelations entre les différents éléments évalués, l'attente de l'utilisateur, ses souhaits et son projet de vie, les facteurs de risques, les propositions suggérées... Elle comprend les éventuelles restrictions d'aptitude)*

Nom du médecin :
ou cachet

signature et tampon (obligatoire):



ANNEXE : EVALUATION DES CAPACITES FONCTIONNELLES ET DES AIDES DEJA EN PLACE

les activités en grisé seront remplies obligatoirement ; les autres sont en cas de besoin

"capacité" : *Appréciation des capacités fonctionnelles de la personne hors aide ou assistance.*
0 Pas de difficulté **1** Difficulté légère **2** Difficulté modérée **3** Difficulté grave **4** Difficulté absolue **9** Sans objet

"aides" : *Indiquer les aides, dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation.*
H Aide humaine **T** Aide technique **L** Aménagement du logement
« observations » *préciser les aides et leurs effets sur l'activité, en signalant toute difficulté*

MOBILITÉ, MANIPULATION Difficulté non oui *(si oui, les différents items du domaine sont à examiner)*

	capacité						aides			Observations : indiquez la présence éventuelle d'aides ou d'aménagements autour de la personne (tierce personne, aides techniques, aménagements du logement ...) et leur impact sur l'activité
	0	1	2	3	4	9	H	T	L	
Se mettre debout										
Faire ses transferts										
Se coucher										
S'asseoir										
Rester assis										
Rester debout										
Changer de point d'appui										
Marcher										
Se déplacer dans le logement										
Se déplacer à l'extérieur										
Utiliser des escaliers										
Utiliser les transports en commun										
Utiliser un véhicule particulier										
Conduire un véhicule										
Avoir la préhension de la main dominante										
Avoir la préhension de la main non dominante										
Avoir des activités de motricité fine										
Soulever et porter des objets										

ENTRETIEN PERSONNEL Difficulté : non oui

	réalisation effective						aides		
	0	1	2	3	4	9	H	T	L
Se laver									
Assurer l'élimination et Utiliser les toilettes									
S'habiller									
Prendre ses repas (Manger, Boire)									
Prendre soin de son corps (cheveux, ongles, rasage...)									
Prendre soin de sa santé									

COMMUNICATION

Difficulté : non oui

Parler
Entendre (percevoir les sons et comprendre)
Voir (distinguer et identifier)
Utiliser des appareils et techniques de communication
Mener une conversation
Produire et recevoir des messages non verbaux

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATION AVEC AUTRUI

Difficulté : non oui

S'orienter dans le temps
S'orienter dans l'espace
Gérer sa sécurité
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui
Entreprendre et effectuer une tâche seul
Faire face au stress, à une crise, à des imprévus
Relations avec ses pairs
Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales

Préciser en particulier le besoin de surveillance pour mise en danger de la personne ou de son entourage

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE

Difficulté : non oui

Faire les courses
Préparer des repas
Faire le ménage
Entretenir le linge et les vêtements
S'occuper de sa famille
Gérer son budget, faire les démarches administratives
Participer à la vie communautaire, sociale et civique

APPRENTISSAGE,

APPLICATION DES CONNAISSANCES

Difficulté : non oui

Lire
Ecrire
Calculer
Fixer son attention
Mémoriser
Acquérir un savoir-faire
Appliquer un savoir-faire
Prendre des décisions

Nom du médecin ou cachet :

signature et tampon (obligatoire) :

