CERTIFICAT MEDICAL

Nom de naissance : **Nom d'usage :**

Prénom : **Date de naissance :**

Adresse :

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

1. PATHOLOGIE :

Pathologies principales :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité…) :

2. HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

Origine, circonstances d'apparitions :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins de un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux **en rapport avec le handicap :**

3. DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Poids : Taille :

Latéralité dominante
avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	Ponctuels <15 j par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

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. TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES

Contraintes et effets secondaires présentas ayant un impact sur la vie quotidienne.
Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle…) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

☐ Hospitalisation itératives ou programmées

☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)

Fréquence

☐ Suivi médical spécialisé

☐ Autres

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	**Fréquence**	**Suivis pluridisciplinaires :**	**Modalité de suivi**
☐ Ergothérapeute		☐ CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique)	
☐ Infirmière		☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ Kinésithérapeute		☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel)	
☐ Orthophoniste		☐ Hôpital de jour	
☐ Orthoptiste		☐ Autre	
☐ Psychologue			
☐ Psychomotricien			
☐ Autre			

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant

Aide à mobilité : ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, Prothèse (préciser)
☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Autre préciser (Ex : Scooter,...) :

Appareillage visuel : ☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision
☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination : ☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation ☐ Stomie digestive d'élimination
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole : ☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

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

5. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET /OU RELATIONEL

Déplacement : Périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ 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	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec autres (s'exprimer, sa faire comprendre) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils techniques de communication (téléalarme, ordinateur..) :	☐	☐	☐	☐	☐

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage : ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

Bilan orthophoniste à 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…

	A	B	C	D	NSP
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 :

Conduites émotionnelles et comportementales (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger ...) :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire ☐ Ecrire ☐ Calculer ☐ NSP

Entretien personnel
Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés :	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

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

	A	B	C	D	NSP

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 :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐

Autres (préciser)

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autres (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 travaill joint (si possible)

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 :

6. REMARQUES OU OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES SI BESOIN

7. COORDONNEES ET SIGNATURE

Docteur : **Médecin traitant :** ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS : **Identifiant ADELI :**

Adresse postale :

Téléphone : **Email :**

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

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)