

Certificat médical

A joindre à une demande de droits et prestations personnes handicapées à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)



Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDA d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

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 (droits et prestations personnes handicapées) à la MDA.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDA 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 MDA restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? Oui Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

* « 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)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

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 MDA :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDA ?

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

 Questions obligatoires

 Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :



Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, 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 (développement psychomoteur, langage...) :

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

ponctuel
< 15 j par mois

| | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <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 :

- 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. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (cerfa n° 15695*01)

Observations :



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (cerfa n° 15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents 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 :

- Hospitalisations itératives ou programmées Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
- Suivi médical spécialisé Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière**Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi** Ergothérapeute Infirmière Kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Psychologue Psychomotricien Autre

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

 CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique) CMP (Centre Médico Psychologique) CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) Hôpital de jour 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 (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

| Modalités d'utilisation des aides techniques | | | Fréquence d'utilisation |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Cannes | <input type="checkbox"/> En intérieur | <input type="checkbox"/> En extérieur | |
| Déambulateur | <input type="checkbox"/> En intérieur | <input type="checkbox"/> En extérieur | |
| Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> En intérieur | <input type="checkbox"/> En extérieur | |
| Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> En intérieur | <input type="checkbox"/> En extérieur | |
| Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : | <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 LPC, etc.) avec appareillage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |

Précisions :



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 :

[Large empty pink box for cognitive notes]

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

[Large empty pink box for emotional and behavioral notes]

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, habillement, 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...) :

[Large empty white box for personal care notes]

Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

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

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 :

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 : | <input type="text"/> | Médecin traitant : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Identifiant RPPS : | <input type="text"/> | Identifiant ADELI : | <input type="text"/> | |
| Adresse postale : | <input type="text"/> | | | |
| Téléphone : | <input type="text"/> | Email : | <input type="text"/> | |
| <hr/> | | | | |
| Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le : | | | | <input type="text"/> |
| Fait à : | | | | <input type="text"/> |
| Signature du médecin | | Signature du patient (non obligatoire) | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |