

Maison Départementale des Personnes Handicapées
(Tampon-date)

N° dossier



CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous pli confidentiel ce certificat médical pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Pour permettre aux médecins de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) une décision équitable, veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires que vous jugerez utiles.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont amenés à utiliser le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Une déficience correspond à une atteinte des organes et des fonctions.

Une incapacité caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.

Le désavantage social qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, d'après l'importance de la déficience, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, l'ensemble des services et les membres de la CDA sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal).

Le médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet

État civil

N° d'immatriculation Sécurité sociale

NOM: _____

NOM DE JEUNE FILLE: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE: _____

Taille: _____

Poids: _____

Diagnostic principal motivant la présente demande: _____

Origine: _____

Congénitale: _____

Acquise depuis le: _____

Veuillez préciser s'il s'agit d'un(e):

Accident du travail: _____

IPP %: _____

Date: _____

Maladie professionnelle: _____

IPP %: _____

Date: _____

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécaux-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel:

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES *(complétez les rubriques concernant votre patient)*

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...): _____

Déficiences liées à l'épilepsie

(Joindre le compte rendu du dernier EEG)

Type: _____

Fréquence des crises: _____

Troubles de la personnalité associés _____

Déficiences de l'audition

(Joindre un audiogramme DD-OG sans appareillage)

Troubles associés (acouphènes vertiges...)

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre...: _____

En cas de mutité, une communication est-elle possible? _____

Si oui, de quel type: _____

Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque oeil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible

Impossible

Médicalement

Chirurgicalement

Envisagée vers quelle date: _____

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil): _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires: ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels: _____

Assistance de décompensation cardiaque: _____

Assistance respiratoire éventuelle: _____

Grefe: _____ Date: | | | | | | | | | | Tolérance: _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques...: _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection): _____

Dialyse: oui non Fréquence hebdomadaire: _____

Grefe: oui non Date: | | | | | | | | | | Tolérance: _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

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

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Répercussion sur l'état général et psychique: _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés...: _____

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance: _____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation: _____

Conséquences des déficiences

Autonomie

A: Fait seul totalement, habituellement, correctement

B: Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C: Ne fait pas

A, B ou C

COHÉRENCE: converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION: se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE: concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE: s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION: manger les aliments préparés	
ÉLIMINATION: assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS: se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE: utiliser les moyens de communication: téléphone, sonnette, alarme...	

ACTIVITÉ MÉNAGÈRES: ménage, préparation des repas...

Traitements médicamenteux

Nature: _____

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...): _____

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées: _____

Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme...: _____

Nom du médecin du travail et joindre la copie de la fiche d'aptitude: _____

A _____ le _____

Signature du médecin (cachet):