

Confidentiel

Certificat médical

**Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

➡ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «*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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Syndrome de Turner

Pathologies autres

- Anévrisme de l'aorte proximale ; coarctation aortique
 Surdité
 Maladie coeliaque
 autre (préciser).....

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

- Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Diagnostic le :

Circonstances du diagnostic :

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

- Complications du diabète sucré micro/macroangiopathiques :
- Risque de décompensation des complications cardio-aortiques congénitales/acquises (préciser) :
.....
- Surdité de perception et/ou de transmission (séquellaire d'otites   répétition)
- Complications diverses liées à l'obésité (préciser) :

- Aggravation sur le plan cardio-vasculaire et métabolique

Perspective d'évolution

- Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)
 Risque vital Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) non définie

En cas de d ficiance auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

Surdité de Transmission et/ou Perception

En cas de d ficiance visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

Traitement substitutif à vie

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

- Traitement anti-coagulant et/ou bêta-bloquant
 Traitement hypoglycémiant et : Diététique calibrée en glucides Diététique sans Gluten
 Traitement hormonal substitutif

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
 Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
 Autres prises en charges paramédicales régulières
 Autre (préciser)

Nature - Hospitalisation de jour (tous les 1 à 3 ans)
 - Consultations médicales (tous les 6 mois à 1 an)
Fréquence - Consultations para-médicales :
 psychologique, et infirmière d'éducation
 (annuelle ou selon les besoins)

Soins ou traitements nocturnes non oui (préciser)

Projet thérapeutique (le cas échéant) :

Traitement à vie

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
 Canne, déambulateur
 Fauteuil roulant manuel électrique
 Orthèse, prothèse (préciser)
 Sonde urinaire Stomie urinaire
 Stomie digestive d'élimination
 Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
 Trachéotomie
 Appareil de ventilation (préciser) O₂
 Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

1 – pas de difficulté 2 – difficulté modérée
3 – difficulté grave ou absolue

- Contre-indication des efforts intenses et risque de chute (causes cardio-aortiques ou ostéoporose sévère)

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

- Retentissement fonctionnelle sur l'intégration sociale et professionnelle (en cas de surdité)

Conduite émotionnelle, relationnelle

- Normale Troubles du comportement

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace...

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ralentissement des capacités d'idéation, troubles de la vision spatiale

Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (précisez)

- Risque d'hypoglycémie, d'où situation à risque, en cas de diabète traité par hypoglycémifiants

Entretien personnel : toilette, habillement, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Pathologie à retentissement sur l'organisation de la famille du fait du retentissement à dépister par des consultations régulières

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :

non oui (préciser)

Retentissement sur l'emploi (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (préciser)
Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

Retentissement fréquent sur l'emploi avec Hypoacousie ; Contre-indication aux efforts violents

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

- un reclassement professionnel pourra être envisagé
- un service d'accompagnement du patient à la vie sociale pourra être envisagé

Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)
Signature du médecin