

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**

Insuffisance surrénalienne. Contexte de .....

**Pathologies autres****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)

- Risque d'instabilité glycémique liée à l'insuffisance surrénale
- Risque de décompensation avec l'insuffisance surrénale : hypoglycémie, asthénie, malaise, douleurs abdominales, déshydratation, troubles tensionnels, troubles de conscience

**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

Aggravation de l'insuffisance surrénale, trouble de la croissance

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

**En cas de déficience 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)

- Hydrocortisone cp  
 Fludrocortisone cp  
 Gélules NaCl

### 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 programmée 1 fois/ an  
 - Consultation médicale, tous les 3 à 6 mois

Fréquence

- Consultation infirmière pour éducation thérapeutique, environ 1 fois / an

**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)  O<sub>2</sub>  
 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

- Pas de difficulté motrice
- Retentissement fonctionnel sur l'intégration scolaire en cas d'épisodes fréquents de décompensation

	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...)

**Conduite émotionnelle, relationnelle**

**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"/>

Variabilités des capacités d'apprentissage en cas d'épisodes fréquents de décompensation

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

- Risque d'hypoglycémie, d'où situation à risque
- Risque d'insuffisance surrénale (adaptation des doses, médicaments par voie injectable)
- Risque de déshydratation

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

- Risque d'obésité avec les complications liées à l'obésité

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

Un adulte (parent) doit souvent accompagner l'enfant en cas de sortie scolaire

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 de la fréquence des différents traitements hormonaux quotidiens et des situations à risque (hypoglycémie, insuffisance surrénale, déshydratation)

**Retentissement sur la scolarité** (si en âge scolaire) :

PAI fourni afin de faciliter l'interaction patient/famille/milieu scolaire/milieu médical.

non  oui (préciser)

Parfois refus de sortie scolaire par le milieu éducatif, d'où nécessité pour les parents de se déplacer et d'insister auprès des différents acteurs.

Nécessité d'une AVS :  oui  non

**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 parental

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

**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