

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

Code CIM

Syndrome de Silver Russell (prouvé ou pas sur le plan moléculaire)**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 :

- Retard de croissance à début intra-utérin - Retard de croissance post-natal
- Asymétrie corporelle, scoliose, anomalies des organes génitaux externes, puberté précoce,
- Episodes d'hypoglycémie symptomatique - Hypotonie musculaire et retard des acquisitions motrices
- Difficultés alimentaires : absence d'appétit, anorexie, troubles de l'oralité, nécessité d'une nutrition entérale (sonde nasogastrique, gastrostomie avec ou sans intervention de Nissen),
- Reflux gastro-oesophagien – constipation
- Retard du développement intellectuel, troubles de l'acquisition du langage, syndrome d'hyperactivité, fatiguabilité importante - malformation associée (cardiaque, rénale.)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatiguabilité, lenteur ...Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Aggravation des troubles de la croissance.

Aggravation de l'état nutritionnel

Aggravation des épisodes d'hypoglycémie

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 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, ...

- Digestifs supplément nutritionnel oraux compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)
 nutrition entérale (sonde nasogastrique, gastrostomie avec ou sans intervention Nissen) Traitements non remboursés (compléments alimentaires...)
 périaactine, Innexium, forlax, primperan
 Traitement hormonal hormone de croissance (RCIU)

Prises en charge régulières analogue GnRH

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

Nature

Fréquence

- Hospitalisation de jour programmée 1 fois/ an
- Consultation médicale, tous les 3 à 6 mois
- Kinésithérapie motrice, orthophonie pour troubles du langage et/ou troubles de l'oralité

Soins ou traitements nocturnes non oui (préciser)

Projet thérapeutique (le cas échéant) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
 Canna, 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

	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...

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

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

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"/>

Variabilité des capacités d'apprentissage en fonction de l'intensité du RCIU

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'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

Entretien personnel : toilette, habillage, 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 des difficultés nutritionnelles et des traitements quotidiens

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :

non oui (préciser)

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

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.

Retentissement sur l'emploi (si besoin) oui non

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