

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 hypophysaire

 Craniopharyngiome

Pathologies autres

 Insuffisance ante-hypophysaire multiple

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 :

Date de la chirurgie (éventuelle) :

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)

- Insuffisance hypophysaire associant

 Insuffisance somatotrope Insuffisance thyroïdienne Insuffisance corticotrope Insuffisance gonadotrope Diabète insipide

- Risque de décompensation d'une insuffisance surrénalienne

- Risque d'instabilité glycémique liée à l'insuffisance hormonale

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 hypophysaire. Aggravation liée à l'étiologie de l'insuffisance hypophysaire**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 :

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)

- Inapte à discerner les dangers dans son entourage et sa vie socio-professionnelle
- Mise sous Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

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

Selon la présence de décompensations fréquentes, ainsi qu'en fonction de l'intensité de l'insuffisance hormonale, et de l'étiologie de l'insuffisance hypophysaire, en situation à risque :

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

Risque d'insuffisance surrénale (malaise, hypotension, hypoglycémie)

Risque de déshydratation si diabète insipide

Risque de perte d'autonomie si difficultés motrices liées à l'obésité

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

- Perte d'autonomie Nécessité d'un auxiliaire de vie (IDE, Kiné, Aide-soignant, Aide-ménagère, garde-malade)

	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"/>

Risque d'insuffisance surrénale (port de carte, adaptation des doses, éducation d'un tiers pour les cas d'urgence et la reconnaissance précoce des signes de décompensation, médicament par voie injectable)
Risque d'hypoglycémie en cas de traitement antidiabétique hypoglycémiant

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Pathologie à retentissement sur l'organisation quotidienne de la famille du fait de la fréquence et du nombre des différents traitements hormonaux et des situations à risque (hypoglycémie, insuffisance surrénale, déshydratation)

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

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