

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale
des Personnes Handicapées (MDPH)



cerfa
15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? Oui Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences : médicales ou paramédicales : appareillages) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

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

UNIQUEMENT si **VOUS** avez rempli le certificat lors de la précédente demande

Si vous avez rempli le certificat lors de la précédente demande, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Dans le cas contraire, si vous n'avez pas rempli le certificat lors de la précédente demande, vous devez remplir la totalité du certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur _____ Date : _____
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme _____
depuis mon précédent certificat. Signature : _____

A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
N° d'immatriculation sécurité sociale : _____ N° de dossier auprès de la MDPH : _____

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Questions obligatoires

Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...):

Pathologies ou troubles de santé entraînant les incapacités observées

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

- Congénitale
- Maladie
- Accident vie privée
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

Date d'apparition :

- A la naissance
- Inférieure à un an
- Entre 1 et 5 ans
- Plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...):

3. Description clinique actuelle

Poids :

Taille :

Latéralité dominante avant handicap :

Droite

Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers
> 15 j par mois

ponctuel
< 15 j par mois

Incapacités fonctionnelles résultant des pathologies présentées

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

- Stabilité Incapacité fluctuante
 Aggravation Evolutivité marquée

Important pour évaluer la durée de proposition des compensations éventuelles

irée
ionnelles)



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (cerfa n° 15695*01)

Observations :

Si retentissement significatif dans la vie quotidienne



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (cerfa n° 15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Traitements principaux en lien ou non avec la situation de handicap

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

- Hospitalisations itératives ou programmées Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
 Suivi médical spécialisé Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
<input type="checkbox"/> Infirmière		<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychomotricien			
<input type="checkbox"/> Autre			

*Prise en charge en cours
(Importance de l'identification
des contraintes de soins)*

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : Unilatérale Bilatérale Appareillage Implant

Aide à mobilité

Déambulateur Canne Orthèse, prothèse (préciser)
 Fauteuil roulant électrique Fauteuil roulant manuel
 Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :

Télé-agrandisseur Terminal-braille Logiciel de basse vision
 Loupe Logiciel de synthèse vocale

Alimentation /
Élimination :

Gastro ou jéjunostomie d'alimentation Stomie digestive d'élimination
 Sonde urinaire Stomie urinaire

Aides respiratoires :

Trachéotomie O2 Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation	
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur		
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur		
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur		
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur		
Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Distance parcourue sans aide humaine ni aide technique sur terrain plat en conditions normales

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Se déplacer à l'intérieur :					
Se déplacer à l'extérieur :					
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

Se reporter à la légende ci-dessus

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Evaluation sans aide technique (sans appareillage auditif si appareillé)

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

A B C D NSP

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

[Large empty box for notes]

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

[Large empty box for notes]

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

Oui Non NSP

La personne sait-elle :

Lire Ecrire Calculer NSP

Entretien personnel

Toilette, habillement, continence, alimentation...

A B C D NSP

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

[Large empty box for notes]

Se reporter à la légende page 5

Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son suivi des soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer un repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer les tâches ménagères :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des démarches administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : Vie familiale Isolement Rupture Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : Oui Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Précisez le retentissement

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travailleur actuel, retentissement sur l'emploi : Oui Non NSP

Si oui, préciser :

Capacité à se maintenir dans l'emploi occupé actuellement

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : Oui Non NSP

Si oui, préciser :



Capacité à se former et/ou rechercher un emploi

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

Ne pas hésiter à expliciter
les zones floues... et
transmettre des
documents
complémentaires utiles
(CR CS, ex...)

8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non

Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI : 

Adresse postale :

Téléphone : Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin (obligatoire)

Ne pas oublier de dater
et signer avec tampon