

# 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 devez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire, vous devez remplir le 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 flu  
 Aggravation       Evolutivité m

*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**

- Ergothérapeute
- Infirmière
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Psychologue
- Psychomotricien
- Autre \_\_\_\_\_


- CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)
- CMP (Centre Médico Psychologique)
- CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
- Hôpital de jour
- 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
- 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

A  B  C  D  NSP

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

Marcher :

*Se reporter à la légende ci-dessus*

Se déplacer à l'intérieur :

Se déplacer à l'extérieur :

Préhension main dominante :

Préhension main non dominante :

Motricité fine :

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Précisions :

Communication

A  B  C  D  NSP

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :

Utiliser le téléphone :

Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)

*Evaluation sans aide technique (sans appareillage auditif si appareillé)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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

Oui  Non

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 :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Orientation dans l'espace :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gestion de la sécurité personnelle :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Maîtrise du comportement :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

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

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, habillage, continence, alimentation...

**A** **B** **C** **D** **NSP**

Faire sa toilette :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

S'habiller, se déshabiller :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Manger et boire des aliments préparés

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Couper ses aliments :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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"/>				
Gérer son suivi des soins :	<input type="checkbox"/>				
Faire les courses :	<input type="checkbox"/>				
Préparer un repas :	<input type="checkbox"/>				
Assurer les tâches ménagères :	<input type="checkbox"/>				
Faire des démarches administratives :	<input type="checkbox"/>				
Gérer son budget :	<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 la capacité à se maintenir dans l'emploi occupé actuellement :  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