Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 13878*01

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

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 : Veuillez 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

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)*

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)*

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, …

☐ compte(s) rendu(s) joint(s) *(préciser)*

Prises en charge régulières

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

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes ☐ non ☐ oui *(préciser)*

-

Projet thérapeutique *(le cas échéant)* :

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_2

☐ 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	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐
Préhension main dominante	☐	☐	☐
Préhension main non dominante	☐	☐	☐
Motricité fine	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace	☐	☐	☐

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)*

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	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments	☐	☐	☐	☐
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	☐	☐	☐	☐

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)*

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 …

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