# Certificat médical

## Liberte . Écalité . Fraternite RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ



\* «Constitue un handicap,

au sens de la présente

de participation à la vie

en société subie dans son

environnement par une

personne en raison d'une

loi, toute limitation d'activité ou restriction

#### joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPI

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 contificat médical I as musfacial - 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1-

certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre	altération substantielle, durable ou définitive		
Depuis votre précédent certificat médical:			d'une ou plusieurs fonctions physiques,
L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non	sensorielles, mentales, cognitives
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	Oui	☐ Non	ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».
familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?			(Article L. 144 du code de l'action sociale et des
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non	familles, introduit par la Lo n°2005-102 du 11 février 2005)
Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez re Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci	mplir la tot -dessous :	alité du certi	ficat médical.
Je soussigné Docteur	Date	: =	
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme	Sign	nature:	
depuis mon précédent certificat.			

## 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 N° de dossier sécurité sociale : 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	<del>2</del>	ol	oligatoires	jointe est attenduc
Pathologie motivant la demande :				A
Autres pathologies éventuelles :				
Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité) :				
2. Histoire de la pathologie motiva	ant la d	lemande		
Origine, circonstances d'apparition :		dents médicaux, o ort avec le handi		érinataux
Congénitale Maladie Accident vie privée			-	
Accident du travail Maladie professionnelle				
Date d'apparition :				
A la naissance Depuis moins de un an				
Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans				
Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard (développement psychomoteur, langage):	l dans les ac	quisitions princi	pales	
3. Description clinique actuelle				
Poids: Taille:	Laté	éralité dominante avant handicap		Gauche
Description des signes cliniques invalidants et fréquence		Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois
	gi.			
	:	***		

Précisions:

Perspective d'évolution globale :	
Stabilité Incapacité fluctuante Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)  Aggravation Evolutivité majeure Non définie	
Comptes-rendus joints. Préciser :	
Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychiqu	ie, bilan UEROS, etc
4. Déficiences sensorielles	
En cas de <b>déficience auditive</b> avec un retentissement significatif, joindre le compte res bilan auditif rempli par un ORL ( <b>Volet 1 du cerfa n°15695*01</b> ) Observations :	ndu type pour un
En cas de <b>déficience visuelle</b> avec un retentissement significatif, joindre le compte-rer bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste ( <b>Volet 2 du cerfa n°15695*01</b> ) Observations :	ndu type pour un
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 :	
Effets secondaires du traitement :	
Lifets secondaires du traitement :	
Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce pe la vie sociale, familiale et/ou professionnelle):	ersonne, répercussions sur
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 Fréquenc	Suivis pluridis	sciplinaires :	Modalité de suivi
Ergothérapeute  Infirmière  Kinésithérapeute  Orthophoniste  Orthoptiste  Psychologue  Psychomotricien  Autre		CATTP (Ce	gogique) co Psychologique) ntre d'Accueil ue à Temps Partiel)	
Projet thérapeutique:				
Type d'appareillage :				
Corrections auditives:	Unilatérale	Bilatérale	Appareillage	Implant
Aide à mobilité	Déambulateur Fauteuil roulant élec Autre préciser (Ex :		Orthèse, proth Fauteuil roula	
Appareillage visuel :	Télé-agrandisseur Loupe	Terminal-braille Logiciel de synth	Logiciel de bas èse vocale	sse vision
Alimentation / Elimination :	Gastro ou jéjunostor Sonde urinaire	nie d'alimentation  Stomie urinaire	Stomie digesti	ve d'élimination
Aides respiratoires:	Trachéotomie	O2	Appareil de ve	entilation (préciser)
Aide à la parole	Prothèse phonatoir	e		
Autre appareillage:				

 $Pr\'ecisions~(type, adaptation, circonstances~d'utilisation, autonomie~de~la~personne~\grave{a}~l'utiliser, compliance)~;$ 

### 6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

**Déplacement :** périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides	techniques			Fréquence d'utilisation	
Cannes	En intérieur	En exté	rieur		
Déambulateur	En intérieur	En exté	rieur		
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extér	rieur		
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extéi	rieur		
Ralentissement moteur :	Oui Non I	Besoin de pauses	: Oui	Non	
Besoin d'accompag	gnement pour les déplace	ments extérieurs	: Oui	Non	
Les rubriques qui suivent sont à co la personne et, <b>pour les enfants, p</b> a				situation de	
Aidez-vous de la grille d'appréci	ation suivante :				
A	B	0	D	NSP	
Réalisé sans difficulté Réalis	sé avec difficulté , Réal	isé avec aide			
	ne side humaine numai	ne : directe ou imulation	Non réalisé	Ne se pronon	ce pas
Mobilité, manipulation / Capacité	motrice		(A) (B)	C D	NSP
Maintien postural, déplacement, m	anipulation, préhension,	contrôle de l'env	ironnement		
	Marcher:				
Se déplacer à l'i	intérieur :				
Se déplacer à l'e	extérieur :				
Préhension main do	minante:				
Préhension main non do	minante :				
Motr	icité fine :				
Précisions :					
Communication			(A) (B)	(C) (D)	NSP
Communiquer avec (s'exprimer, se faire compr					
Utiliser le té	eléphone :				
Utiliser les autres appareils et techn communication (téléalarme, ordi	<b>niques de</b> inateur)		Woodness of the Control of the Contr		
<b>Nécessité d'un recours à une aide h</b> LPC, etc. <b>) avec appareillag</b> e	<b>umaine</b> (interprète, inter	face ou codeur	Oui	Non	



			P	0	(D)	(NED)
Cognition / Capacité cognitive  Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation d	ans la tamps au l'aspass		(P)	0	(1)	NSP
Orientation dans le temps :	ans le temps ou respace					
Orientation dans l'espace :						
Gestion de la sécurité personnelle :						
Maîtrise du comportement :						
Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognit	if:					
Conduite émotionnelle et comportementale (Ex: relation	avec autrui dans la con	duite ém	otionnelle	et compo	rtementa	ale):
Retentissement sur la vie relationnelle, sociale						
et familiale (insuffisante gestion des situations à risque,						
mise en danger):	La personne sait-	elle:				
Oui Non NSP	Lire	Ecrire	Cal	culer	N	SP
Entretien personnel			В	(c)	(D)	NSP
Toilette, habillage, continence, alimentation			<b>)</b>			1
Faire sa toilette :						
S'habiller, se déshabiller :						
Manger et boire des aliments préparés						
Couper ses aliments:						
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :			- Company - Comp			
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :						
Drácicione (el incentinance el guneraricion ou etimulation	náccacira ).		₹	•	₹	£

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

Vie quotidienne et vie domestique	A B C D NSP
Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des dér NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge	narches
Prendre son traitement médical:	Annual An
Gérer son suivi des soins :	
Faire les courses:	
Préparer un repas:	
Assurer les tâches ménagères :	
Faire des démarches administratives :	
Gérer son budget :	September   Septem
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:	
Precisions:	
Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :	
Retentissement sur l'emploi:	
Avis du médecin du travail joint (si disponible)	
Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :	Oui Non NSP
Si oui, préciser :	
Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :	Oui Non NSP
Si oui, préciser :	

7. Remarques ou obser	rvations complémentaires si besoin	
8. Coordonnées et sign	nature	
3.		
Docteur:	Médecin traitant : Oui Non	16
Identifiant RPPS:	🛕 Identifiant ADELI :	Δ
Adresse postale :		
Téléphone :	Email:	
discrete dell'i control con est dell'accionation con accionation con acciona		tassassammeter
	de du patient et remis en main propre le :	
Fait à :		
Signature du médecin	Signature du patient (non obligatoire)	