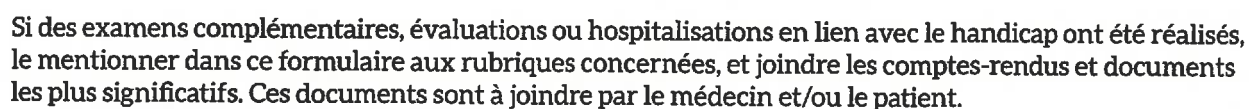


cerfa
15695*01



1. Pathologie motivant la demande

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

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

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
- ☐ Depuis moins de un an
- ☐ Depuis 1 à 5 ans
- ☐ Depuis 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
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

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 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 (**Volet 1 du cerfa n°15695*01**)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (**Volet 2 du 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 :

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

Projet thérapeutique :**Type d'appareillage :**

Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant

☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, prothèse (préciser)

☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel

Aide à mobilité ☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel : ☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision

☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination : ☐ 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	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non			Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non			

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 :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication

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

Utiliser le téléphone :

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

A	B	C	D	NSP
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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...

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 :

A	B	C	D	NSP
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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...) :

La personne sait-elle :

☐ Oui ☐ Non

☐ NSP

☐ Lire

☐ Ecrire

☐ Calculer

☐ NSP

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

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...) :

A	B	C	D	NSP
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...

NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

A B C D NSP

Prendre son traitement médical :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gérer son suivi des soins :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Faire les courses :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Préparer un repas :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assurer les tâches ménagères :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Faire des démarches administratives :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gérer son budget :

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 :

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 observations complémentaires si besoin

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

Signature du patient (non obligatoire)