

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)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

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

Date :

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...):

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 |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | <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"/> |

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 (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 (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
- Aide à mobilité : Déambulateur Canne Orthèse, prothèse (préciser)
- Fauteuil roulant électrique Fauteuil roulant manuel
- Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :
- Appareillage visuel : Tél-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 | <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 | | |

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 : | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'intérieur : | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'extérieur : | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main dominante : | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main non dominante : | <input type="checkbox"/> |
| Motricité fine : | <input type="checkbox"/> |
| Précisions : | | | | | |

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 | | | |
| 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...) :

La personne sait-elle :

Oui Non

NSP

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...) :

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 :

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

Large empty text area for additional remarks or observations.

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)

Volet 1



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Date du bilan : ____/____/____

1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale? Oui Non

Sinon, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: - Âge au premier appareillage:

La déficience auditive est-elle syndromique? Oui Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées?

- Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD: Normal Léger Moyen Sévère Profond

OG: Normal Léger Moyen Sévère Profond

Contexte évolutif: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? Comment?

- Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité:

vertiges, préciser fréquence et intensité:

hyperacousie, préciser fréquence et intensité:

- Appareillage auditif: OD: Oui Non

Date de l'appareillage actuel: ____/____/____

OG: Oui Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s): OD OG Date(s) d'implantation: ____/____/____

2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral LPC LSF LSF Tactile Français Signé* Écrit Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes Autre, préciser : Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...) Oui Non

Préciser le type d'aide:

Communication orale possible au téléphone sans appareillage: Oui Non

avec appareillage (conventionnel ou implant): Oui Non

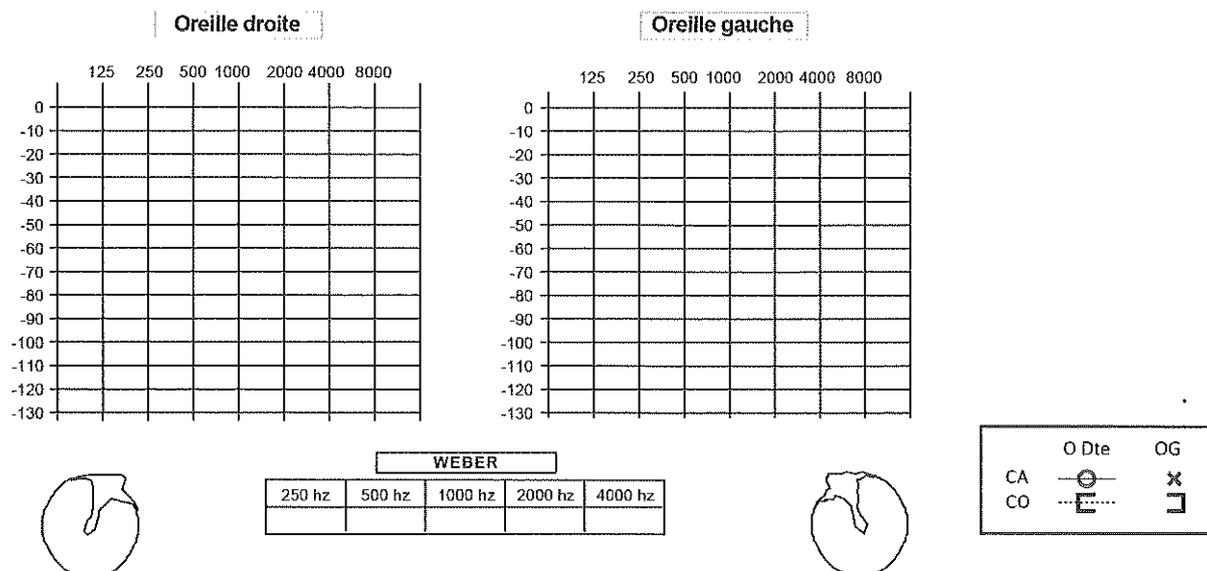
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À le

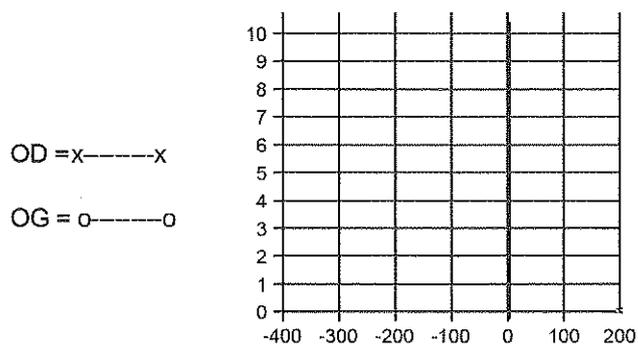
Cachet

Signature:

Audiométrie

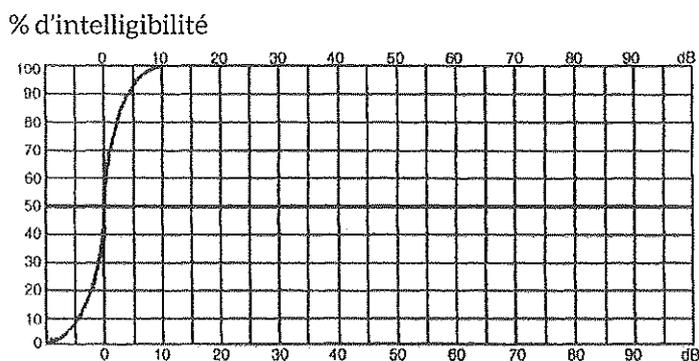


Tympanogramme



Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)



Conséquences globales sur le plan du langage

- Élocution normale; niveau de langage normal.
- Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:
 - perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
 - troubles d'articulation liés à la surdité;
 - troubles de la voix, anomalies de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.
- Difficultés d'élocution comme le groupe précédent; retard de parole et/ou de langage avec notamment:
 - chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
 - emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.
- Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

Volet 2



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom: _____ Prénom: _____ Âge: _____

Diagnostic principal: _____

Pathologies associées: _____

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction:

Œil droit Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque: les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal? Oui Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale? Oui Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale? Oui Non (préciser)

Autres signes cliniques: (préciser)

• Nystagmus Oui Non

• Cécité nocturne Oui Non

• Diplopie Oui Non

• Présence d'hallucinoïses Oui Non

• Photophobie Oui Non

Évolution prévisible des troubles: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration: Dans quel délai? _____ Comment? _____

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle: questionnaire pratique

• Difficultés dans: (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne? (ex: préparation et prise des repas...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle? (ex: tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées? (optique, canne blanche, autres...) Oui Non

Préciser: _____

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers? Oui Non

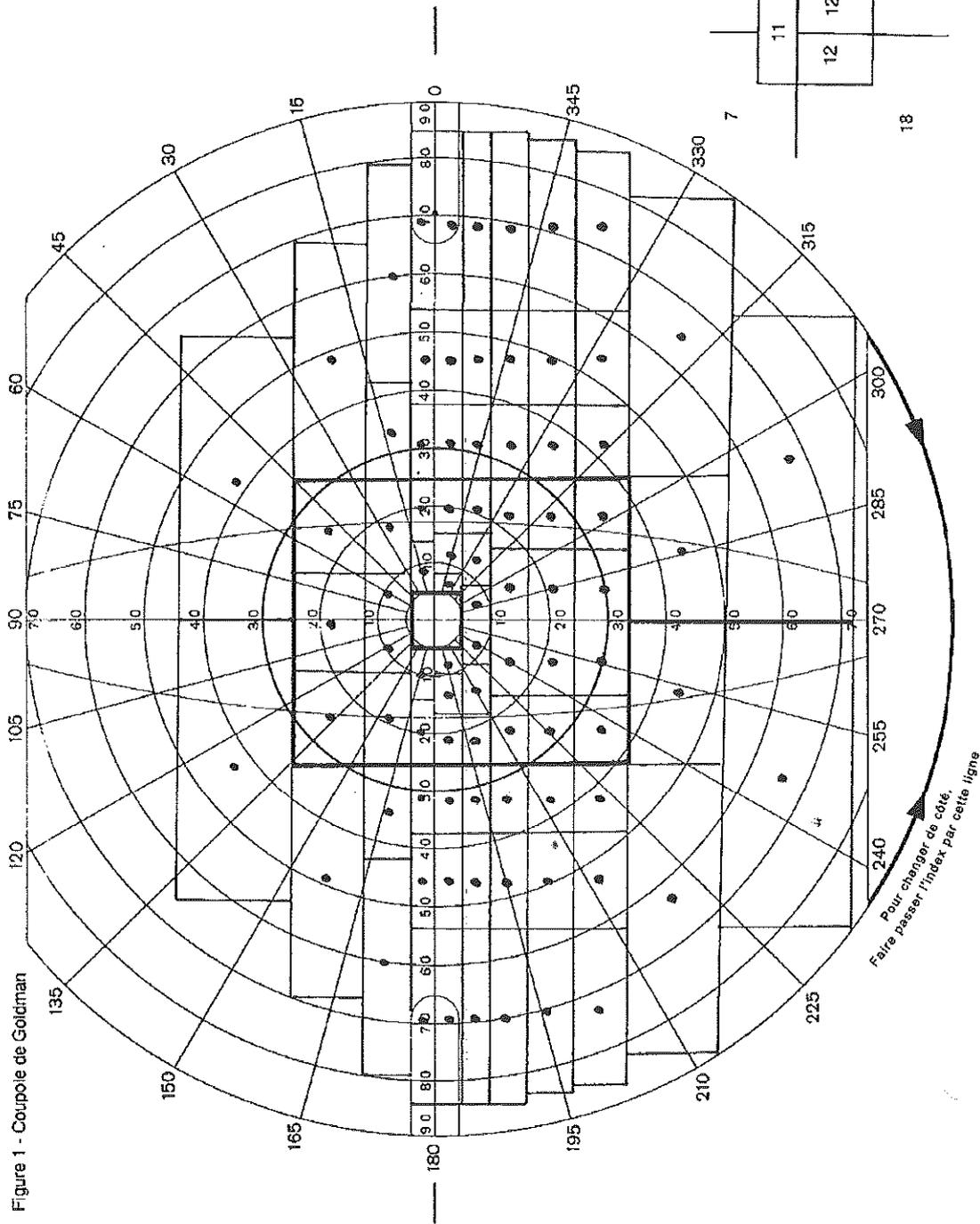
• Autres difficultés: _____

À _____ le _____

Cachet

Signature:

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).