

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



A remplir
au stylo bille noir

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 + Cachet :

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.

Guide pour l'utilisation du Certificat Médical disponible sur <http://www.mdpf.re> dans la rubrique « **LES FORMULAIRES** ».

1. Pathologie motivant la demande



A remplir
au stylo bille noir

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 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

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



Précisions :



Questions obligatoires

Perspective d'évolution globale :

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stabilité | <input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante | <input type="checkbox"/> Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) |
| <input type="checkbox"/> Aggravation | <input type="checkbox"/> Evolutivité majeure | <input type="checkbox"/> 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 présent 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 présent 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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées | <input type="checkbox"/> Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser) |
| <input type="checkbox"/> Suivi médical spécialisé | <input type="checkbox"/> Autres |

Fréquence

Précisions :





Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
<input type="checkbox"/> Infirmière		<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychomotricien			
<input type="checkbox"/> 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 : 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



A remplir
au stylo bille noir

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	<input type="text"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	<input type="text"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	<input type="text"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	<input type="text"/>
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

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

	A	B	C	D	NSP
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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...) :	<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 Oui Non

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

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

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 :

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

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

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

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)