



# Dossier médical

**Maison Départementale des Personnes Handicapées**  
(Tampon-date)

**N° dossier**



## CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous pli confidentiel ce certificat médical pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Pour permettre aux médecins de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) une décision équitable, veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires que vous jugerez utiles.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont amenés à utiliser le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Une déficience correspond à une atteinte des organes et des fonctions.

Une incapacité caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.

Le désavantage social qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, d'après l'importance de la déficience, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, l'ensemble des services et les membres de la CDA sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal).

Le médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

réf. 502 010 Berger-Levrault (0607), tél.: 03 83 38 83 83





### État civil

N° d'immatriculation Sécurité sociale

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

**Diagnostic principal motivant la présente demande :** \_\_\_\_\_

Origine : \_\_\_\_\_

Congénitale : \_\_\_\_\_

Acquise depuis le : \_\_\_\_\_

Veuillez préciser s'il s'agit d'un(e) :

Accident du travail : \_\_\_\_\_

IPP % : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Maladie professionnelle : \_\_\_\_\_

IPP % : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécaux-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

## DESCRIPTION DES DÉFICIENCES *(complétez les rubriques concernant votre patient)*

### Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...): \_\_\_\_\_

  
  
  

### Déficiences liées à l'épilepsie

*(Joindre le compte rendu du dernier EEG)*

Type : \_\_\_\_\_

Fréquence des crises : \_\_\_\_\_

Troubles de la personnalité associés \_\_\_\_\_

### Déficiences de l'audition

*(Joindre un audiogramme OD-OG sans appareillage)*

Troubles associés (acouphènes vertiges...) \_\_\_\_\_

### Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre... : \_\_\_\_\_

En cas de mutité, une communication est-elle possible? \_\_\_\_\_

Si oui, de quel type : \_\_\_\_\_





### Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant *après correction* l'acuité visuelle pour chaque oeil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible

Impossible

Médicalement

Chirurgicalement

Envisagée vers quelle date: \_\_\_\_\_

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil): \_\_\_\_\_

### Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires: ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels: \_\_\_\_\_

Assistance de décompensation cardiaque: \_\_\_\_\_

Assistance respiratoire éventuelle: \_\_\_\_\_

Greffe: \_\_\_\_\_ Date: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tolérance: \_\_\_\_\_

### Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques...: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection):

\_\_\_\_\_

Dialyse: oui  non  Fréquence hebdomadaire: \_\_\_\_\_

Greffe: oui  non  Date: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tolérance: \_\_\_\_\_

### Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Type de diabète, obésité, nanisme, autres...: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Répercussion sur l'état général et psychique: \_\_\_\_\_

### Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés...: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation:

\_\_\_\_\_



# Conséquences des déficiences

## Autonomie

A: Fait seul totalement, habituellement, correctement

B: Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C: Ne fait pas

A, B ou C

COHÉRENCE: converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION: se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE: concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE: s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION: manger les aliments préparés	
ÉLIMINATION: assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS: se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE: utiliser les moyens de communication: téléphone, sonnette, alarme...	
ACTIVITÉ MÉNAGÈRES: ménage, préparation des repas...	

## Traitements médicamenteux

Nature: \_\_\_\_\_

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...): \_\_\_\_\_

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées: \_\_\_\_\_

## Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme...: \_\_\_\_\_

Nom du médecin du travail et joindre la copie de la fiche d'aptitude: \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du médecin (cachet):