

# 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 :

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

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

## 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 dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

# 3. Description clinique actuelle

Poids :      kg      Taille :      cm

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		CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
Infirmière		CMP (Centre Médico Psychologique)	
Kinésithérapeute		CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
Orthophoniste		Hôpital de jour	
Orthoptiste		Autre	
Psychologue			
Psychomotricien			
Autre			

**Projet thérapeutique :**

**Type d'appareillage :**

<b>Corrections auditives :</b>	Unilatérale	Bilatérale	Appareillage	Implant
	Déambulateur	Canne	Orthèse, prothèse (préciser)	
<b>Aide à mobilité</b>	Fauteuil roulant électrique		Fauteuil roulant manuel	
	Autre préciser ( Ex : Scooter, ...):			
<b>Appareillage visuel :</b>	Télé-agrandisseur	Terminal-braille	Logiciel de basse vision	
	Loupe	Logiciel de synthèse vocale		
<b>Alimentation / Elimination :</b>	Gastro ou jejunostomie d'alimentation		Stomie digestive d'élimination	
	Sonde urinaire	Stomie urinaire		
<b>Aides respiratoires :</b>	Trachéotomie	O2	Appareil de ventilation (préciser)	
<b>Aide à la parole</b>	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

Mètres

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		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 :**



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

**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...)

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 :

A

Orientation dans l'espace :

B

Gestion de la sécurité personnelle :

C

Maîtrise du comportement :

D

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

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

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

A

B

C

D

NSP

S'habiller, se déshabiller :

B

Manger et boire des aliments préparés

C

Couper ses aliments :

D

NSP

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

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

## 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 :



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)

# Volet 1



## 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: \_\_\_\_\_

hyperacusie, 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

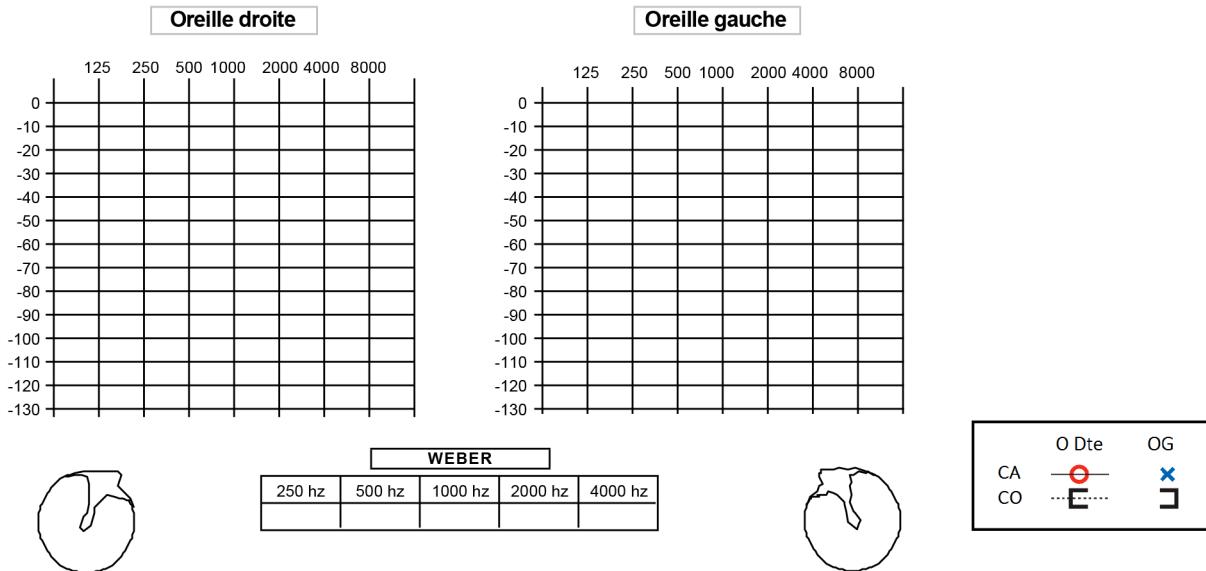
### 3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À ..... le .....

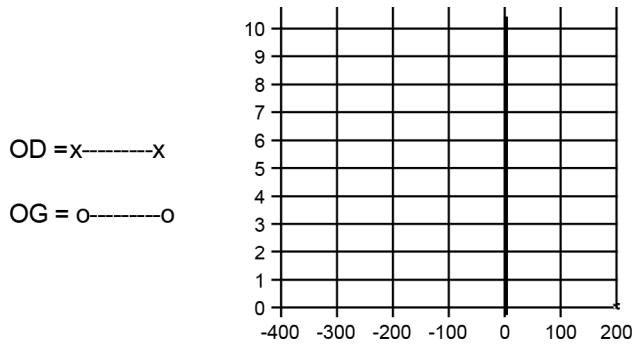
Cachet

Signature:

## Audiométrie



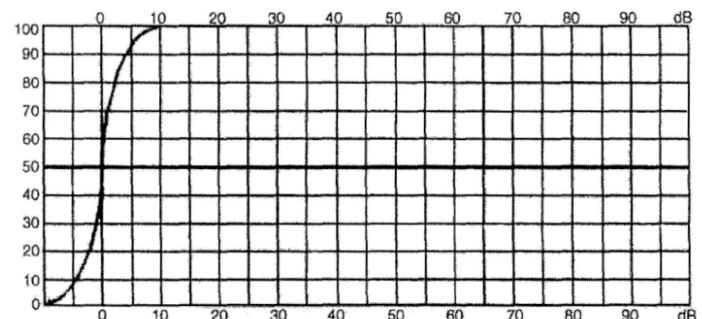
## Tympanogramme



## Test de Fournier

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

% d'intelligibilité

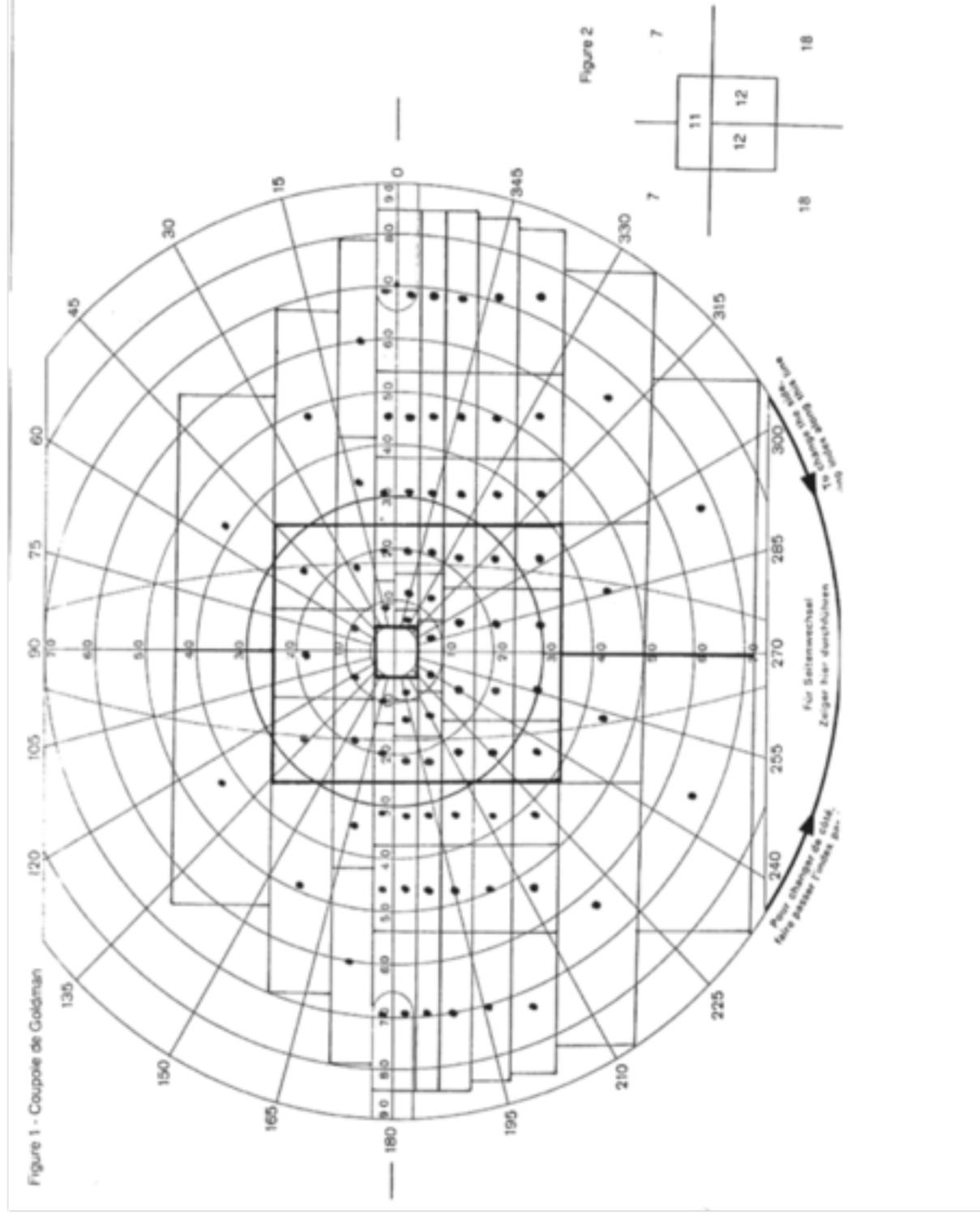


## Conséquences globales sur le plan du langage

- 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.



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).