

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

Handicapés

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE

**Arrêté du 23 mars 2009 relatif au modèle de formulaire de certificat médical
pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées**

NOR : M TSA0905583A

Par arrêté du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et de la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité en date du 23 mars 2009, est fixé le modèle de formulaire de certificat médical et de compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre pour une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées.

Ce modèle de formulaire (1) est enregistré sous le numéro CERFA 13878*01 par la direction générale de la modernisation de l'Etat.

(1) Ce formulaire sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 2009/4.



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

Certificat médical
Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (*si connu*)

➔ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et
Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

➔ **Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (*préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées*)
 Risque vital Amélioration (*préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Retentissement sur la sécurité : *gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...*

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (*précisez*)

Entretien personnel : *toilette, habillage, continence, alimentation...*

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
 C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : *travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...*

Retentissement sur la vie sociale et familiale (*si besoin*)

Retentissement sur la scolarité (*si en âge scolaire*) :

non oui (*préciser*)

Retentissement sur l'emploi (*si besoin*)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (*préciser*)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (*préciser*)
 Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

Préconisations : *Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)*

Observations (*Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne*)

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)

Signature du médecin



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

Nom : _____ **Prénom :** _____
Diagnostic principal : _____ **Pathologies associées :** _____

Date du bilan	Œil droit	Œil gauche
Meilleure Acuité visuelle de loin Échelle de Monoyer à 5 mètres	Sans correction
	Avec correction
Meilleure Acuité visuelle de près Échelle de Parinaud à 40 cm avec le meilleur éclairage	Sans correction
	Avec correction

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? oui non (*compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso*)
La vision des couleurs est-elle normale ? oui non (*préciser*)
La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? oui non (*préciser*)

Nystagmus non oui (*préciser*)
Diplopie non oui (*préciser*)
Strabisme non oui (*préciser*)
Photophobie non oui (*préciser*)
Cécité nocturne non oui (*préciser*)

Evolution prévisible des troubles amélioration stabilité aggravation non définie
Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Déplacement à l'extérieur du domicile	Sans moyens de compensation*	Avec moyens de compensation* (<i>préciser</i>)
	Seul avec aisance en permanence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Seul selon certaines conditions (luminosité, durée ou difficulté du trajet)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Réalisation des tâches de la vie courante	Sans moyens de compensation*	Avec moyens de compensation* (<i>préciser</i>)
	Seul avec aisance en permanence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Seul selon certaines conditions (luminosité ...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

*Moyens de compensation spécifiques : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

A le Cachet :
Signature :

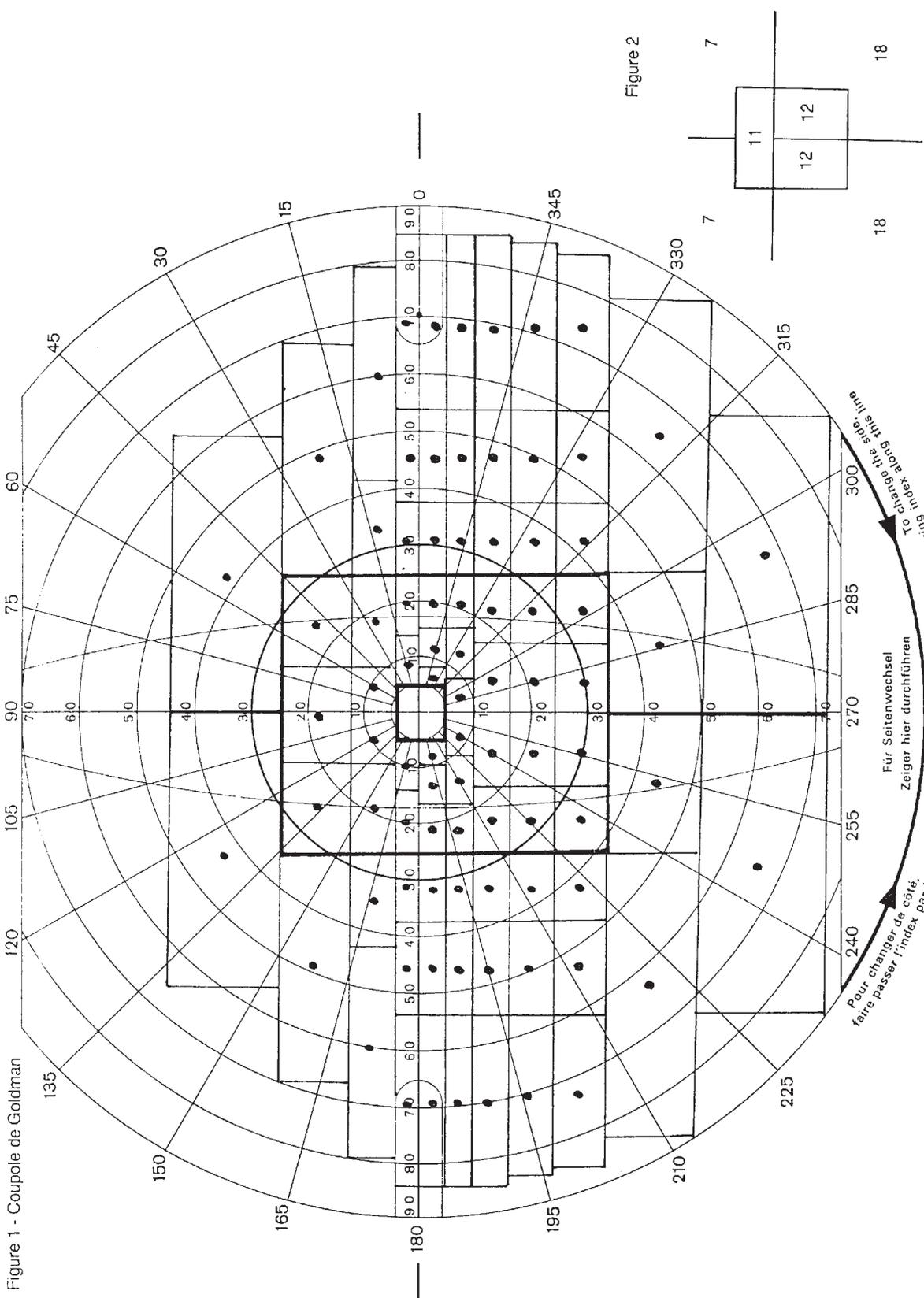


Figure 1 - Coupole de Goldman

Figure 2