



Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès de la Maison de l'Autonomie de la Corrèze

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la Maison de l'Autonomie (Direction de l'Autonomie - 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) ou auprès du Conseil Général (Maison de l'Autonomie – APA / aide ménagère)

et
Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel, le handicap* ou la perte d'autonomie** 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, le handicap ou la perte d'autonomie 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 ou la perte d'autonomie 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 Maison de l'Autonomie.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison de l'Autonomie 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)

**"Toute personne ... qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, ..., est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière" (Article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles introduit par la Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie).

Pathologie principale à l'origine du handicap,
de la perte d'autonomie

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la Maison de l'Autonomie et/ou 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"/>
assurer ses changement de position	<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