

CERTIFICAT MEDICAL

COMMISSION D'ÉVALUATION DU HANDICAP COMMISSION D'ORIENTATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS (Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre Patient(e) a déposé auprès des Commissions d'Évaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés une demande d'un ou plusieurs avantages.

Dans l'intérêt de votre Patient(e), et afin de répondre au mieux à sa demande, je vous serais très obligé de bien vouloir renseigner ce certificat médical et adjoindre les documents y afférents.

En effet, la connaissance de la symptomatologie, et de ses répercussions dans la vie quotidienne (perte de mobilité, gênes dans les actes quotidiens...), du stade des pathologies, de la tolérance aux appareillages éventuels, des traitements et des perspectives thérapeutiques, sont indispensables à l'évaluation du handicap.

*Dans le cas où vous avez déjà renseigné dans sa totalité **ce même** certificat médical pour ce(tte) Patient(e) lors d'une précédente demande et qu'il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre Patient(e) depuis ledit certificat établi par vos soins, vous pouvez remplir **le certificat médical simplifié**.*

Dans le respect du secret professionnel, ces documents sont à remettre sous pli confidentiel à votre Patient qui me les soumettra. Je me permets de vous rappeler que les membres et le secrétariat de la Commission d'Évaluation du Handicap et ceux de la Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés sont astreints au secret professionnel.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie de croire en mes salutations confraternelles.

Le Médecin Inspecteur
Président de la Commission
d'Évaluation du Handicap et
d'Orientation des Travailleurs Handicapés

* « Constitue un handicap 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 ou d'un trouble de santé invalidant. »

CERTIFICAT MEDICAL
Commissions d'Evaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés
(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

Personne Nom (ou nom de jeune fille) _____
Nom d'usage : _____
Handicapée Prénom _____ date de naissance L L L L L L L L
Adresse _____

Reconnaissance d'une invalidité par une Caisse Sociale oui non
 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie Taux d'IPP (AT) : _____

CERTIFICAT MEDICAL SIMPLIFIE

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

Pathologie principale qui motive la demande

Code CIM

Pathologies autres (associées)

Histoire de la pathologie (invalidante ou évolution depuis la dernière demande) (A RENSEIGNER)

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...)

Maladie Pathologie congénitale Accident Maladie professionnelle Accident du travail

Autre (à préciser) :

Documents joints (nature et compte rendu)

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

Poids Taille latéralité dominante avant handicap document(s) joint(s) (préciser la nature et le compte rendu)

Handicap : régression
 aggravation
 stabilisation
 définitif

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

CERTIFICAT MEDICAL
Commissions d'Evaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés
(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

En cas de déficiences :

Locomotrice préciser le type de troubles, la localisation (sans oublier s'il y a lieu d'ajouter côté droit, côté gauche, sujet droitier ou gaucher), les troubles associés, l'étiologie :

Périmètre de marche (en mètres, sur terrain plat) Temps possible de marche sans arrêt :
Nombre d'étages montés sans arrêt Utilisation d'une canne ou d'autre aide :

Auditive (préciser le type de surdité, joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal) :

Visuelle (préciser l'étiologie, si possibilité d'amélioration par traitement médical ou chirurgical, retourner le compte rendu type renseigné par l'ophtalmologue)

Neurologique (préciser l'étiologie, la nature des troubles (moteurs, sensitifs, d'équilibre) et joindre les comptes rendus, la localisation de la paralysie, l'importance de l'amyotrophie et l'état des réflexes, si comitialité (type et fréquence), si sclérose en plaque (type et évolutivité) :

Psychiatrique ou intellectuelle (préciser)

Etat névrotique Etat psychotique Etat déficitaire Autres

Diagnostic :

1^{er} contact psychiatrique et suivi (hospitalisation) :

Suivi (hospitalisations) :

Troubles présents à décrire : Pathologie actuelle (hallucination, délire, ...) :

Trouble du comportement et de l'adaptation :

Addiction :

Troubles cognitifs documentés :

Niveau intellectuel documenté :

Orientation temporo-spatiale :

Vigilance, ... :

Du langage et de la parole (joindre un compte rendu de bilan oral et écrit)

Cardiovasculaire Résultats d'échographie cardiaque, d'épreuve d'effort, diagnostic, origine des troubles, suivi médical ... :

Respiratoire Résultats d'E.F.R, des gaz du sang, diagnostic, origine des troubles, suivi médical ... :

De l'appareil urinaire Troubles de l'élimination urinaire : rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection :
dialyse (fréquence hebdomadaire) : **greffe** (date et tolérance) :

Digestive Troubles de la déglutition, types d'alimentation, troubles hépatiques, pancréatiques, du transit, stomie :

Métaboliques, enzymatiques Type de diabète, obésité ou autres, joindre le suivi et les résultats complémentaires :

Du système immunitaire et hématopoïétique Suivi et résultats complémentaires :

CERTIFICAT MEDICAL
Commissions d'Evaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés
(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

TRAITEMENTS, PRISES EN CHARGES
(A RENSEIGNER)

Nature et durée des traitements en cours : *contraintes, effets secondaires, régime ...*

- Traitement permanent : oui non
- Durée :
- Traitement médicamenteux avec posologie :

- Tolérance :
- Soins ou traitements nocturnes : non oui (*préciser*)

Prises en charge : (*préciser Nature, Lieu, Fréquence*)

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autres (*préciser*)

Appareillages : **Préciser** : *Adaptation, Circonstances d'utilisation, Autonomie de la personne à l'utiliser, Compliance*

- canne déambulateur fauteuil roulant (manuel ou électrique)
- orthèse, prothèse (auditive ... *préciser*)
- sonde urinaire stomie urinaire
- stomie digestive d'élimination
- gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- trachéotomie
- appareil de ventilation (*préciser*) O₂
- autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Projet thérapeutique

Pronostic

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL

(Renseignements indispensables)

Mobilité : *maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement*

1 – Sans difficulté **2** – Seul avec aménagement **3** – Aide partielle d'un proche **4** – Aide totale d'un proche (difficulté grave et absolue)

	1	2	3	4
Marcher	<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"/>
Se déplacer à l'extérieur	<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"/>
Préhension main non dominante	<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"/>

Périmètre de marche (appréciation en fonction des aides techniques habituelles) :

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*

CERTIFICAT MEDICAL
Commissions d'Evaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés
(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL (suite)

Communication : orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui

1 – Sans difficulté 2 – Seul avec aménagement 3 – Aide partielle d'un proche 4 – Aide totale d'un proche (difficulté grave et absolue)

	1	2	3	4
Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognition :

I – Autonome II – Accompagnement III – Aide totale

attention, mémoire, apprentissage,

praxie, raisonnement, vitesse d'idéation,

comportement, orientation dans le temps ou l'espace ...

I **II** **III**

Orientation dans le temps

Orientation dans l'espace

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 (préciser)

Conduite émotionnelle, relationnelle

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin) : aidant familial ...

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) : à la personne ... préciser)

non oui (protocole d'intégration – aide)

Retentissement sur l'emploi (si besoin) :

Formations professionnelles ou niveau scolaire :

Exercice actuel d'une activité : oui laquelle ?

non quand – motif :

* Si travail actuel, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser) Avis du médecin du travail joint

* Si absence de travail actuel, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (préciser) Avis du médecin du travail joint

Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables...

PRECONISATIONS

Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements ... (si besoin)

ORIENTATION PROPOSEE

Certificat médical établi par :

A, le

Signature : (indispensable)

Cachet : (indispensable)