

Maison Départementale des Personnes Handicapées  
(Tampon-date)

N° dossier



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi,  
de la cohésion sociale  
et du logement



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé  
et des solidarités



n° 61-2280

PH 03

## 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.

Cachet





### 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) :