

# Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale  
des Personnes Handicapées (MDPH)



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

Date d'apparition :

- A la naissance
- Inférieure à un an
- Entre 1 et 5 ans
- Plus de 5 ans

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

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

# 3. Description clinique actuelle

Poids :

Taille :

Latéralité dominante avant handicap :

Droite

Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers  
> 15 j par mois

ponctuel  
< 15 j par mois

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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 (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 (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 Infirmière Kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Psychologue Psychomotricien Autre


 CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique) CMP (Centre Médico Psychologique) CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) Hôpital de jour Autre


**Projet thérapeutique :****Type d'appareillage :**

Corrections auditives :

 Unilatérale Bilatérale Appareillage Implant

Aide à mobilité

 Déambulateur Canne Orthèse, prothèse (préciser) Fauteuil roulant électrique Fauteuil roulant manuel Autre préciser ( Ex : Scooter, ...):

Appareillage visuel :

 Télé-agrandisseur Terminal-braille Logiciel de basse vision Loupe Logiciel de synthèse vocaleAlimentation /  
Elimination : Gastro ou jéjunostomie d'alimentation Stomie digestive d'élimination Sonde urinaire Stomie urinaire

Aides respiratoires :

 Trachéotomie O2 Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

 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

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>NSP</b>
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**

**A B C D NSP**

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>				
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>				
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>				
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>				

Précisions :

**Communication**

**A B C D NSP**

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

[Large empty box for cognitive precision notes]

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

[Large empty box for emotional and behavioral conduct notes]

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 :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

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

[Large empty box for personal care precision notes]

## Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...  
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

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 :

## Retentissement sur l'emploi :



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 :	<input type="text"/>	Médecin traitant :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Identifiant RPPS :	<input type="text"/>	Identifiant ADELI :	<input type="text"/>	
Adresse postale :	<input type="text"/>			
Téléphone :	<input type="text"/>	Email :	<input type="text"/>	
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :				
<input type="text"/>				
Fait à :				
<input type="text"/>				
Signature du médecin		Signature du patient (non obligatoire)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		