

Confidentiel

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 : **Veillez 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

syndrome d'Ehlers-Danlos (atteinte génétique diffuse du collagène)

Autres cas familiaux : si oui, précisez

Pathologies autresDouleurs Fatigue **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*)

âge début des symptômes :

âge majoration des symptômes :

notion d'un traumatisme violent **Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteurPoids . . . Taille . . . latéralité dominante avant handicap compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)1 - Douleurs articulaires musculaires abdominales thoraciques migrainesSévérité : légère moyenne importante très importante2 - Fatigue Sévérité : légère moyenne importante très importante3 - Désordres de la motricité "entorses" "maladresse" "blocages ou luxations" dystonieSévérité : légère moyenne importante très importante4 - Syndrome hémorragique Sévérité : légère moyenne importante très importante5 - Problèmes respiratoires "blocages" essoufflementSévérité : légère moyenne importante très importante6 - Problèmes buccodentaires Sévérité : légère moyenne importante très importante7 - Troubles digestifs Sévérité : légère moyenne importante très importante8 - Troubles vésico-sphinctériens Sévérité : légère moyenne importante très importante9 - Troubles du sommeil Sévérité : légère moyenne importante très importante**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 :

 Hyperacousie Hypoacousie Acouphènes Vertiges Hypersomnie**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

 Fatigue visuelle Myopie Astigmatisme Hyperosmie

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours *(dont régime)*, préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires,

- Anti-douleurs compte(s) rendu(s) joint(s) *(préciser)*
 Anti-fatigue
 Anti-gène respiratoire

Prises en charge régulières

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

Nature pur bilan et suivi : MPR, généticien, gastroentérologue, pneumologue, ophtalmologue, kinésithérapeute, orthésiste, orthopédiste, orthophoniste, neuropsychologue, cardio, orl
Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui *(préciser)*

- Matelas spécial
 oxygénothérapie si besoins

Projet thérapeutique *(le cas échéant)* :

- Orthèses
 Oxygénothérapie
 Anti-douleur(s)

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
 Canne, déambulateur
 Fauteuil roulant manuel électrique
 Orthèse, prothèse *(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)*

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance

- TENS (neuro-stimulation)
 Vêtements compressifs, contentions élastiques
 Orthèses de mains, plantaires, de doigts, troncs...
 Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant électrique
 Percussionnaire
 Oxygénothérapie

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

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

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles *(à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus)* :

- 1 – pas de difficulté 2 – difficulté modérée
 3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

- Difficultés d'écriture
 Dysphonie

Utiliser des appareils et techniques
 de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur)

Conduite émotionnelle, relationnelle

- Fragilité émotionnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation, comportement, orientation dans le temps ou l'espace

- troubles de l'apprentissage
 trouble de la mémoire
 trouble attentionnels
 difficultés de concentration

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

- incapacité de courir
- difficulté à conduire
- difficulté de l'attention
- trouble du sommeil avec somnolence

Entretien personnel : toilette, habillement, 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) :

- Javs installation de poste scolaire
- PAI/PPS lieu et temps de repos
- transport double jeu de livres
- oxygène matériels pédagogique adapté

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

Réorientation professionnelle

Reclassement professionnel

Aménagement du poste de travail

Aménagement du temps de travail

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

Taux de situation de handicap : 80%

AAH

AAEH

PCH

carte européenne de stationnement

carte de priorité

adaptation du domicile (salle de bains)

adaptation du véhicule (boîte automatique)

aide ménagère 10 h/semaine

auxiliaire de vie 1 h/semaine

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

Les limitations fonctionnelles sont importantes, liées à la fatigue, (ainsi que des douleurs articulaires, musculaires et thoraciques) et à la limitation respiratoire.

Psychopathologie associée

Dépression réactionnelle

Certificat médical établi par :

A Moliets

le

Cachet (obligatoire)

Signature du médecin