

Certificat médical

à joindre à une demande auprès de la
Commission des Enfants et des
Jeunes Handicapés de
Nouvelle-Calédonie(CEJH-NC)

Identification du patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

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 auprès de la CEJH-NC.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la CEJH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre jeune patient ; vous voudrez bien détailler au mieux **le retentissement fonctionnel et/ou relationnel**.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la CEJH restent à votre disposition (téléphone standard : 24 37 23).

Si ce n'est pas votre premier certificat médical auprès de la CEJH, depuis votre précédent certificat :

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 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

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

- Pathologie principale à l'origine du handicap :
- Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité ...) :
- Origine, circonstance d'apparition de la pathologie : congénitale maladie accident vie privée
 accident du travail maladie professionnelle
- Date d'apparition :
- Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux **en rapport avec le handicap** :
- Autres pathologies éventuelles :



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli (**volet 1** du certificat médical de la CEJH).



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (**volet 2** du certificat médical de la CEJH).

2 – Description clinique actuelle

- Poids : _____ kg Taille : _____ Latéralité dominante avant handicap : Droite Gauche
- Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

	permanents	réguliers > 15 j par mois	ponctuels < 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"/>
- Perspectives :
Précisions : _____
- Perspective d'évolution globale :

<input type="checkbox"/> Stabilité	<input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante	<input type="checkbox"/> Amélioration
<input type="checkbox"/> Aggravation	<input type="checkbox"/> Evolutivité majeure	<input type="checkbox"/> Non définie

(Préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) : _____

3 – Traitements et prises en charge thérapeutiques

Nom et prénom du patient (*rappel*) :

- 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 : Fréquence : _____

<input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées	<input type="checkbox"/> Soins ou traitements nocturnes
<input type="checkbox"/> Suivi médical spécialisé	<input type="checkbox"/> Autres
- Prise en charge sanitaire régulière, précisez type et fréquence :
(kinésithérapeute, ergothérapeute, orthoptiste, psychomotricien, infirmier, orthophoniste, psychologue, autre)
- Suivis pluridisciplinaires, précisez type et fréquence :
(CMP, CSSR, hôpital de jour, autre)
- Type d'appareillage (corrections auditives, aide à la mobilité, appareillage visuel, alimentation/élimination, aides respiratoires, aide à la parole, autre appareillage) :

4 - 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 / percevez de la situation de la personne :

A

Réalisé sans difficulté et sans aucune aide

B

Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine

C

Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation

D

Non réalisé

NSP

Ne se prononce pas

• **Mobilité, manipulation / Capacité motrice**

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

Précisions :

	A	B	C	D	NSP
- 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"/>				
- transferts :	<input type="checkbox"/>				

• **Communication**

	A	B	C	D	NSP
- communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>				
- utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>				
- utiliser les autres appareils et techniques de communication (ordinateur...) :	<input type="checkbox"/>				

Nécessité d'un recours à une aide humaine avec appareillage (interprète, interface/codeur LPC, etc.)

Oui Non

Précisions :

Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral / écrit avec un retentissement significatif.

• **Cognition / Capacité cognitive**

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

	A	B	C	D	NSP
- orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>				
- orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>				
- gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>				
- maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>				

Précisions – indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

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

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

Oui
 Non
 NSP

La personne sait-elle :

Lire Ecrire Calculer NSP

Rappel : A : Réalisé sans difficulté et sans aucune aide - B : Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine
C : Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation - D : non réalisé

• Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
- faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>				
- manger et boire des aliments préparés :	<input type="checkbox"/>				
- se servir des repas préparés :	<input type="checkbox"/>				
- s'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>				
- couper ses aliments :	<input type="checkbox"/>				
- assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>				
- assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>				

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

• Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...

Précisions :

	A	B	C	D	NSP
- prendre son traitement médical :	<input type="checkbox"/>				
- gérer son suivi des soins :	<input type="checkbox"/>				
- faire les courses :	<input type="checkbox"/>				
- préparer un repas :	<input type="checkbox"/>				
- assurer les tâches ménagères :	<input type="checkbox"/>				
- faire des démarches administratives :	<input type="checkbox"/>				
- gérer son budget :	<input type="checkbox"/>				
- activités de temps libre :	<input type="checkbox"/>				

• Retentissement sur la 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 l'emploi :

 Avis du médecin du travail à joindre (si disponible).

Si la personne travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : Oui Non NSP

Si oui, préciser :

Si ne la personne ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : Oui Non NSP

Si oui, préciser :

5 – Remarques ou observations complémentaires si besoin

6 – Coordonnées et signature du médecin

Docteur _____ Téléphone : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Médecin traitant : Oui Non

Si non, indiquez le nom du médecin traitant : Docteur _____

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le : ____ / ____ / ____

Fait à : _____

Cachet et signature du médecin

Signature du représentant légal
(non obligatoire)