

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès de la Commission de Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance de Nouvelle-Calédonie (CRHD-NC)

Adressé au médecin de la CRHD sous pli confidentiel



DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales

Service de la protection sociale,
CRHD-NC, Immeuble le Galéria,
7 bis rue de la République,
BP N4 – 98851 NOUMEA CEDEX

NOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

PRENOM(S) : _____

Lieu de naissance : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Vous avez déjà rempli un certificat médical
pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la CRHD-NC
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 _____ Date : ____ / ____ / ____ à _____

Signature du patient

Cachet et signature du médecin
établissant le certificat

Dans les autres cas, veuillez 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.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la CRHD-NC qui a besoin des éléments cliniques, paracliniques concernant le handicap de votre patient, en détaillant au mieux le retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Les droits d'accès et de rectification prévus par la Loi du 06.01.1978 peuvent s'exercer auprès de la DASS-NC.

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code OMS CIM 10 : |_|_|_|_|_|

Origine : congénitale acquise, le : ___/___/___

Pathologies autres :

Histoire de la(les) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la CRHD

Date de début des troubles-antécédants médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Précisez s'il s'agit : d'un accident du travail d'une maladie prof. IPP ___ % Date : ___/___/___

Perspective d'évolution (précisez à quel terme) :

 stabilité aggravation incapacité fluctuante risque vital amélioration non définie
 (nbre de poussées / an) : ___

 alcoolisme tabagisme toxicomanie

Traitement et prises en charges thérapeutiques

- Nature, mode d'administration, fréquence, observance, tolérance, effets secondaires
- Fréquence des hospitalisations, hospitalisation de jour, ateliers thérapeutiques...
- Nécessité de rééducations spécialisées (médecin spécialiste, kinésithérapeute, orthophoniste, infirmiers)
- Appareillage (prothèse auditive, orthèse, prothèse, canne, déambulateur, fauteuil roulant, appareillage de ventilation, autres).

Intervenants actuels (infirmiers, auxiliaires de vie)

Liste des déficiences

Cochez les rubriques concernant votre patient.

- Déficience de l'audition → *joindre le dernier CR d'audiogramme et CS ORL*
- Déficience de la vision → *joindre le dernier CR OPH : AV corrigée pour chaque œil, champ visuel binoculaire*
- Déficience intellectuelle
- Déficience du psychisme - difficulté du comportement → *joindre CS psychiatrique, gériatrique (si possible)*
- Déficience liée à l'épilepsie → *CR d'EEG et CS neurologique (si possible)*
- Déficience du langage et de la parole → *dernier CR orthophonique (si possible)*
- Déficience de la fonction cardiaque → *dernier CR d'échographie cardiaque, cs cardiaque (si possible)*
- Déficience de la fonction respiratoire → *dernier CR d'EFR, CS pneumologique (si possible)*
- Déficience de la fonction de la sphère digestive - stomie
- Déficience de la fonction urinaire - stomie – sondage
- Déficience de la fonction rénale - dialyse → *dernier CS néphrologique (si possible)*
- Déficience enzymatique - métabolique - obésité - nanisme
- Déficience du système immunitaire et / ou hématopoïétique
- Déficience de l'appareil locomoteur d'origine neurologique → *dernier CS neurologique (si possible)*
 d'origine ostéo-articulaire → *dernier CS de rééducation fonctionnelle ou chirurgicale (si possible)*
- Déficience esthétique (brûlure – cicatrice, etc.) → *dernier CS dermatologique (si possible)*

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel (repli sur soi, désorganisation de la pensée, troubles du comportement...) :

Périmètre de marche :

mètres

Dyspnée stade :

Retentissement des conditions actuelles de vie sur le handicap (habitat, environnement social, familial ..., conditions climatiques ...) :

Retentissement sur l'aptitude au poste de travail actuel, maintien dans l'emploi, recherche d'emploi ou suivi de formation

Aménagement du poste de travail souhaitable, aménagement d'horaires, situations professionnelles à éviter, etc.) :

Gestion des conséquences des déficiences

Quelles sont les mesures déjà prises pour faire face à ces difficultés (accueil de jour, hébergement, aide familiale, etc.) ?

Quelles sont les mesures nouvelles qui vous paraîtraient nécessaires pour réduire les conséquences du handicap ou de la dépendance (adaptations ou réajustement des mesures existantes) ?

Conséquences des déficiences

A : fait l'activité seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait l'activité partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas l'activité.

Entourer les mentions utiles dans certaines rubriques

ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Cohérence : agir, converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
	Orientation : se repérer dans le temps, et dans les lieux
	Toilette : assurer une toilette seul
	Habillage : s'habiller, se déshabiller, s'appareiller
	Alimentation : manger et boire les aliments préparés, se servir
	Elimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
	Cognition : attention, mémorisation, initiative, cours de la pensée

MOBILITE

	Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir, se mettre debout
	Gestion des positions : rester assis / debout, ajuster sa position
	Déplacement à l'intérieur
	Utilisation des escaliers
	Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
	Utiliser un véhicule individuel : être passager d'un véhicule, conduire un véhicule, ordinaire / adapté
	Utiliser un transport en commun ou spécifique : seul, commander un transport en commun ordinaire ou adapté / un moyen de transport spécifique
	Manipulation : préhension main dominante / non dominante, motricité fine, soulever, porter

COMMUNICATION

	Voir : distinguer / identifier
	Entendre : percevoir les sons et comprendre, en face à face / dans un groupe
	Parler : faire comprendre une demande simple, mener une conversation
	Produire et recevoir des messages non verbaux : utilise un mode de communication propre connu que de ses proches / langue des signes française-braille
	Comprendre des consignes simples

ASSURER SA SECURITE

	Gestion du risque : réagir de façon adaptée, ne pas se mettre en danger
	Communication à distance : utiliser les moyens de communication téléphone, alarme, etc.

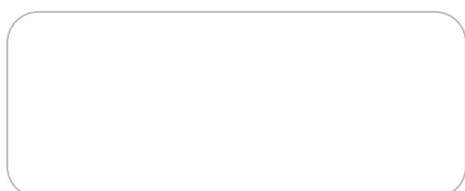
ACTIVITES DOMESTIQUES ET DE LA VIE COURANTE

	Activités domestiques : ménage, préparation des repas, courses
	Gestion de la vie quotidienne : se servir de l'argent, gérer un budget, effectuer des démarches ...

ACTIVITES DE LA VIE RELATIONNELLE ET SOCIALE

	Relations à autrui : avoir des relations à autrui conforme aux règles sociales, maîtriser son comportement
	Vie sociale : avoir des relations familiales, amicales ou de voisinage, participer à une vie sociale
	Activités : gérer son temps libre, pratiquer des activités
	Application des connaissances ou compétences : lire, écrire, calculer, acquérir et utiliser un savoir-faire

Date : ____ / ____ / ____ à _____



Cachet et signature du médecin établissant le certificat

Signature du patient