

## Identification du patient :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Certificat médical

à joindre à une demande auprès  
de la CRHD-NC



## 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 CRHD-NC.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la CRHD-NC qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap / la perte d'autonomie de votre 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 CRHD-NC restent à votre disposition.

### 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

**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 :

**Pour toute première demande auprès de la CRHD-NC, veuillez remplir le certificat médical dans son intégralité.**

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_ certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme \_\_\_\_\_ depuis mon précédent certificat.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

## 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 CRHD-NC).



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).

## 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	(préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) _____
<input type="checkbox"/> Aggravation	<input type="checkbox"/> Evolutivité majeure	<input type="checkbox"/> Non définie	

### 3 – 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 : Fréquence : \_\_\_\_\_
  - Hospitalisations itératives ou programmées
  - Soins ou traitements nocturnes
  - Suivi médical spécialisé
  - 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **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 (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/codeur LPC, etc.)  Oui  Non  
avec appareillage

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions – indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (ex:relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- s'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gérer son suivi des soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire les courses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- préparer un repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- assurer les tâches ménagères :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire des démarches administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gérer son budget :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### • 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 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 :

## 5 – Remarques ou observations complémentaires si besoin

## 6 – Coordonnées et signature

Docteur : \_\_\_\_\_

Médecin traitant :  Oui  Non

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)