

# Certificat médical

à faire remplir par votre médecin traitant  
ou votre médecin spécialiste  
à joindre au dossier CRHD-NC



## A l'attention du médecin :

**Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour que ce dernier 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 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**.
- **Toutes les pages sont à renseigner (6 pages).**
- Nous vous recommandons de **conserver une copie** du présent formulaire.
- Les professionnels de la CRHD-NC restent à votre disposition.
- Nous vous remercions du soin que vous apporterez à renseigner les informations demandées, nécessaires à notre évaluation. Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site Internet : <https://dass.gouv.nc/handicap-et-dependance-commissions-crhd/faq-medecins>



## Important - à joindre à ce document :

Si des **examens complémentaires, évaluations** ou **hospitalisations** en lien avec le handicap ont été réalisés dernièrement, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et **joindre les comptes rendus** et documents les plus significatifs. Ces documents sont à fournir par le médecin et/ou le patient.

## 1 – Identification du patient :


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


Prénom : \_\_\_\_\_

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

## 2 – Pathologie motivant la demande

- **Pathologie principale à l'origine du handicap :**
- Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité ...) :
- Origine, circonstance d'apparition de la pathologie :
- Date d'apparition :
- Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux **en rapport avec le handicap :**
- Autres pathologies éventuelles :
- La personne est-elle alitée ?  Oui  Non

 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).

 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 CRHD).

## 3 – 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
- 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	

## 4 – Traitements et prises en charge thérapeutiques

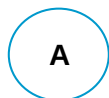
- Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne. Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :
  - Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :
  
  - Effets secondaires du traitement :
  
  - Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité 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) :

## 5 - Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

- **Déplacement** : périmètre de marche \_\_\_\_\_

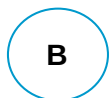
Modalités d'utilisation des aides techniques		Fréquence d'utilisation	
Cannes :	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur :	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel :	<input type="checkbox"/> En 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 :



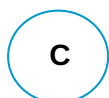
**A**

Réalisé sans difficulté et sans aucune aide



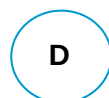
**B**

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

	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"/>
- transferts :	<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 avec appareillage  Oui  Non  
(interprète, interface/codeur LPC, etc.)

Précisions :



**Bilan orthophonique à joindre si 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 / 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

● **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"/>
- se servir les repas 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"/>
- activités de temps libre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 la personne ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

Oui  Non  NSP

Si oui, préciser :

● **La prise en charge de votre patient a-t-elle changé depuis votre dernier certificat médical CRHD-NC ?**

Oui  Non

## 6 – Remarques ou observations complémentaires si besoin

## 7 – 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 : \_\_\_\_\_

