

# 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 : 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.**

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

Code CIM

Pathologies autres

**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*)

**Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids ..... Taille ..... latéralité dominante avant handicap.....  compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

**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 :

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste  
Observations :



**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)

**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) :

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 ...

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

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

**Certificat médical établi par :**

A ..... le ..... Cachet (obligatoire)  
Signature du médecin

## Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique

**A joindre au certificat médical destiné à la maison départementale des personnes handicapées**

**Nom :**
**Prénom :**

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

Date du bilan .....

Œil droit

Œil gauche

**Meilleure Acuité visuelle de loin**  
 Échelle de Monoyer à 5 mètres

Sans correction .....

.....

Avec correction .....

.....

**Meilleure Acuité visuelle de près**  
 Échelle de Parinaud à 40 cm  
 avec le meilleur éclairage

Sans correction .....

.....

Avec correction .....

.....

 Le champ visuel binoculaire est-il normal ?  oui  non (*compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso*)

 La vision des couleurs est-elle normale ?  oui  non (*préciser*)

 La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ?  oui  non (*préciser*)

 Nystagmus  non  oui (*préciser*)

 Diplopie  non  oui (*préciser*)

 Strabisme  non  oui (*préciser*)

 Photophobie  non  oui (*préciser*)

 Cécité nocturne  non  oui (*préciser*)

 Evolution prévisible des troubles  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

**Déplacement à l'extérieur du domicile**

 Sans **moyens**  
 de compensation\*

 Avec **moyens**  
 de compensation\* (*préciser*)

Seul avec aisance en permanence



 Seul selon certaines conditions (luminosité,  
 durée ou difficulté du trajet)



 Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements(*préciser*)



Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements


**Réalisation des tâches de la vie courante**

 Sans **moyens**  
 de compensation\*

 Avec **moyens**  
 de compensation\* (*préciser*)

Seul avec aisance en permanence



Seul selon certaines conditions (luminosité ...)



 Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (*préciser*)



Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches



 \***Moyens de compensation spécifiques** : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques

**Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle**

A ..... le .....

Cachet :

Signature :

Figure 1 - Coupole de Goldman

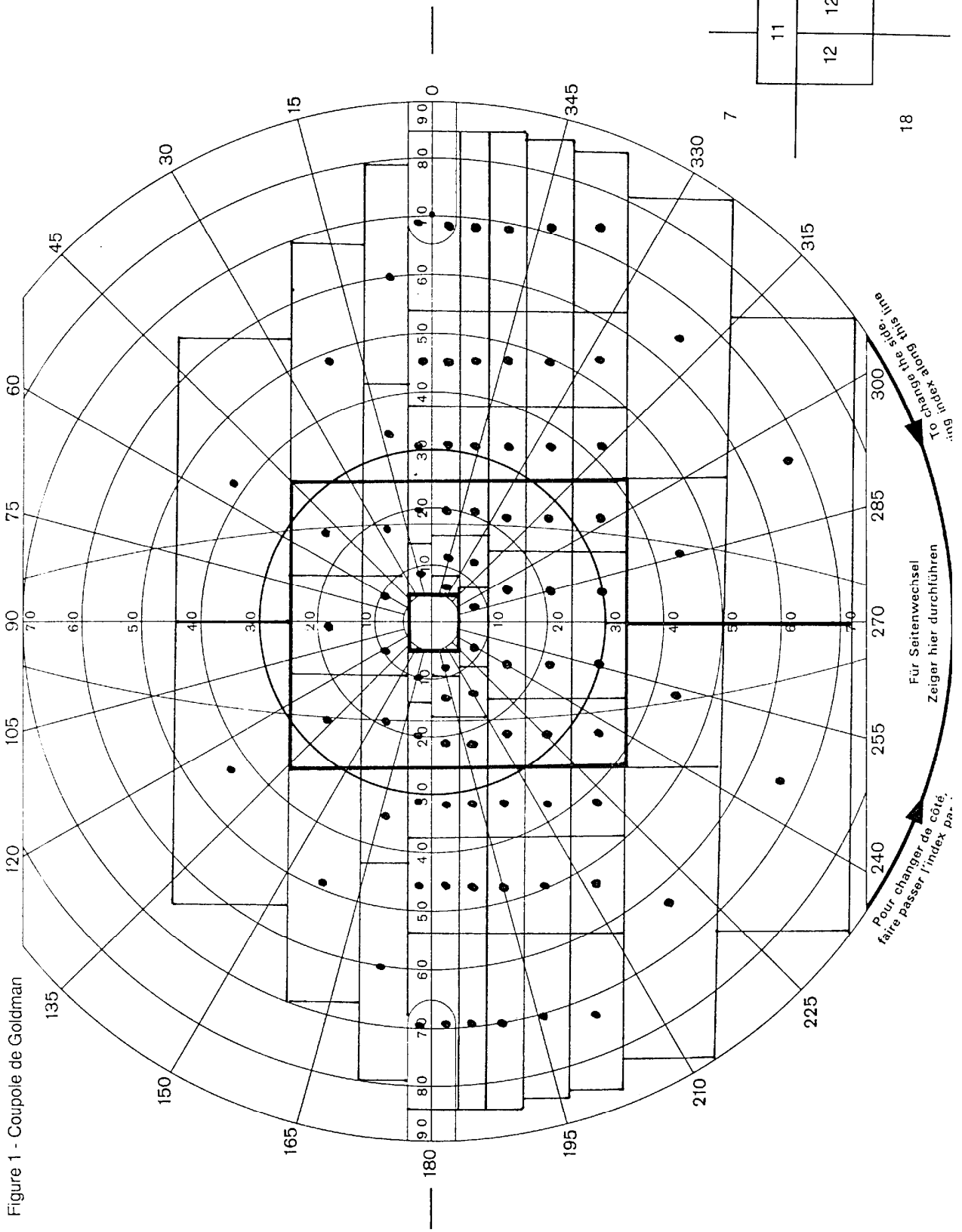


Figure 2

