

**CERTIFICAT MEDICAL DESTINE AU MEDECIN
DU SERVICE MEDICAL PERSONNES HANDICAPEES**
(Pour respecter le secret professionnel, insérer ce certificat dans l'enveloppe ci-jointe)

OBJET DE LA DEMANDE

- Dérogation en maison de retraite pour personne de - 60 ans
- Entrée en établissement ou service pour adulte handicapé
- Placement familial social
- Autres

ETAT CIVIL ET DECLARATION DU BENEFICIAIRE DE L'AIDE DEMANDEE

A remplir obligatoirement par lui-même ou la Mairie avant l'examen médical

- NOM _____ Prénom _____ Nom de jeune fille _____
- Date de naissance _____ Lieu _____
- Adresse : n° _____ rue ou lieu dit _____ Bât _____ Etage _____
code postal _____ Commune _____ Bureau distributeur _____
téléphone (indispensable) _____
- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vie maritale
- Nombre d'enfants _____ Sont-ils à charge ? OUI NON Si oui, combien ? _____
- Profession habituelle _____ Dernière profession exercée _____
- Date de cessation du travail _____ Motif de cessation du travail _____
- Situation actuelle : Maladie Longue maladie Chômage Retraite
- Invalidité : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie (joindre une photocopie de la décision)
- Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité ? OUI NON Taux % SDP DA Canne blanche Cécité
- Date de validité de la carte : du _____ au _____

Joindre obligatoirement une photocopie de cette carte au certificat médical

- Bénéficiez-vous d'une Allocation aux Adultes Handicapés ? OUI NON
- Bénéficiez-vous d'une autre pension ? OUI NON Si oui, précisez _____
- Percevez-vous des indemnités journalières ? OUI NON
- Avez-vous fait récemment une demande de carte d'invalidité auprès de la CDA ? OUI NON
- Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale pour certaines maladies ? OUI NON
- Avez-vous fait récemment une demande d'Allocation Adultes Handicapés auprès de la CDA ? OUI NON

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Votre patient a fait, auprès du Département de Loire Atlantique, **une demande d'aide** (précisée en première page).
Pour l'obtention de cette aide, **votre collaboration est indispensable.**

■ ANTECEDENTS (préciser l'année)

● médicaux

.....

.....

.....

● chirurgicaux

.....

.....

.....

■ DIAGNOSTIC PRECIS du handicap (à l'origine de la demande), symptômes particuliers, **date d'apparition**, caractère chronique ou évolutif, dates d'hospitalisation éventuelles

.....

.....

.....

■ ORIGINE DU HANDICAP

maladie congénitale professionnelle accidentelle accident du travail : date

A.V. publique ou autre : date

■ L'ETAT DU PATIENT peut-il, à ce jour, être considéré comme consolidé ?

OUI : date de consolidation

NON : date de consolidation prévisible

■ EXAMEN MEDICAL

● Etat général Poids (kg) Taille (m)

● Aspect général

● Thérapeutique en cours (si traitement de longue durée, préciser lequel)

.....

■ APPAREIL RESPIRATOIRE

(préciser si oxygénothérapie, trachéotomie et les résultats des examens complémentaires éventuels)

.....

■ APPAREIL DIGESTIF (dentition, paroi abdominale, orifices herniaires...)

.....

■ APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

● cœur

● état artériel

● état veineux

● T.A. pouls E.C.G. éventuels

● signes d'insuffisance cardiaque

■ APPAREIL GENITO-URINAIRE

pas d'incontinence incontinence occasionnelle diurne

incontinence occasionnelle nocturne incontinence totale urinaire et/ou fécale

■ **SYSTEME NERVEUX** (préciser de façon détaillée la nature du handicap pour pouvoir chiffrer l'invalidité qu'il entraîne)

- handicaps moteurs et/ou sensitifs (précis)
- autres symptômes

■ **ETAT PSYCHIQUE**

- démence OUI NON
 - démence sénile débutante (simples troubles de la mémoire ou de l'orientation non gênants pour la vie de tous les jours) OUI NON
 - démence sénile grave perturbant la vie ou l'entourage OUI NON
- débilité OUI NON
Dans ce cas, préciser si connu : Q.I. Age mental ans
- Le requérant sait-il
 - lire ? OUI NON écrire ? OUI NON parle-t-il ? OUI NON
 - téléphoner ? OUI NON compter ? OUI NON lire l'heure ? OUI NON
 - prendre seul le bus ? OUI NON
- Remarques sur le comportement (troubles caractériels, passivité, agressivité, anxiété, désorientation temporo-spatiale ou simples erreurs de repérages, fugues)

- Une surveillance constante doit elle être exercée ? OUI NON

■ **OS ET ARTICULATIONS, ETAT MUSCULAIRE** (détailler la nature du handicap)

- Limitation des amplitudes articulaires (en degré)
- Ankylose
- Raccourcissement ou rétraction des membres
- Amputation : localisation précise
 - prothèses cannes fauteuil roulant déambulateur état grabataire
- La station debout est-elle : non pénible pénible impossible
- S'il est en fauteuil roulant, l'intéressé(e) effectue-t-il ses transferts seul(e) ? OUI NON

■ **AUTRES APPAREILS** (endocrinologie, peau, ganglions, etc)

■ **APPAREIL SENSORIEL**

- Audition normale diminuée appareillage
- Vision : port de verres correcteurs OUI NON
- En cas de cécité ou de quasi-cécité, l'acuité visuelle doit être obligatoirement chiffrée par un ophtalmologiste.

Acuité visuelle **après correction**, vision centrale

	> 1/10 ^{ème}	< 1/10 ^{ème}	> 1/20 ^{ème}	< 1/20 ^{ème}
Œil droit				
Œil gauche				

Cachet de l'ophtalmologiste

Date et signature

- Diagnostic

● Pronostic _____

■ AUTONOMIE

● Le requérant vit : seul(e) avec son conjoint dans sa famille
 autre ou établissement (préciser) _____

● Marche seul(e) chez lui OUI NON
● Marche seul(e) hors de chez lui OUI NON
● Présence d'une aide-soignante ou d'une infirmière pour les soins OUI NON
 1 fois par jour 2 fois par jour hospitalisation à domicile

● L'aide d'une tierce personne est-elle nécessaire ?

	Totale	Partielle	Intermittente
- pour la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour le lever / coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour l'habillage et le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour aider à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (et non pas pour préparer le repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● L'aide est-elle déjà assurée par une tierce personne rémunérée une tierce personne non rémunérée
ou le requérant nécessite-t-il une aide pour : le ménage les courses préparer les repas
● Présence d'une aide ménagère OUI NON Nombre d'heures par semaine.....

■ OBSERVATIONS PARTICULIERES DU MEDECIN EXAMINATEUR

Je soussigné _____ Docteur en Médecine, demeurant à _____
Tél. _____

certifie avoir examiné à mon cabinet à son domicile, _____
 M. Mme Melle _____

Cachet

Date obligatoire _____

Signature