

# Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale  
des Personnes Handicapées (MDPH)



Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

## 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 à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap\* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| 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, scolarité 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 |

\* « 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. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

**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 :**

Je soussigné Docteur ..... Date :  
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation  
de M. ou Mme .....  
depuis mon précédent certificat.

Signature :

## A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation  
sécurité sociale :

N° de dossier  
auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

## 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

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

# 2. Histoire de la pathologie motivant la demande

**Origine, circonstances d'apparition :** !

Congénitale      Maladie      Accident vie privée  
Accident du travail      Maladie professionnelle

**Date d'apparition :**

A la naissance      Depuis moins de un an  
Depuis 1 à 5 ans      Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

# 3. Description clinique actuelle

Poids :                      kg      Taille :                      cm      Latéralité dominante avant handicap :      Droite      Gauche

| Description des signes cliniques invalidants et fréquence : | Latéralité dominante avant handicap : |                              |                             |
|---|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|   | Permanents                            | Réguliers<br>> 15 j par mois | ponctuel<br>< 15 j par mois |
|   |                                       |                              |                             |

Précisions :

### Perspective d'évolution globale :

Stabilité

Incapacité fluctuante

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Aggravation

Evolutivité majeure

Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

## 4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (**Volet 1 du cerfa n°15695\*01**)

Observations :



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 cerfa n°15695\*01**)

Observations :

## 5. 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 :**

Hospitalisations itératives ou programmées  
Suivi médical spécialisé

Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)  
Autres

**Fréquence**

Précisions :

**Prise en charge sanitaire régulière****Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi**

Ergothérapeute

Infirmière

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychologue

Psychomotricien

Autre

CMPP (Centre Médico  
Psycho-Pédagogique)CMP  
(Centre Médico Psychologique)CATTP (Centre d'Accueil  
Thérapeutique à Temps Partiel)

Hôpital de jour

Autre

**Projet thérapeutique :****Type d'appareillage :****Corrections auditives :**

Unilatérale

Bilatérale

Appareillage

Implant

**Aide à mobilité**

Déambulateur

Canne

Orthèse, prothèse (préciser)

Fauteuil roulant électrique

Fauteuil roulant manuel

Autre préciser ( Ex : Scooter, ... ) :

**Appareillage visuel :**

Télé-agrandisseur

Terminal-braille

Logiciel de basse vision

Loupe

Logiciel de synthèse vocale

**Alimentation /  
Élimination :**

Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

Stomie digestive d'élimination

Sonde urinaire

Stomie urinaire

**Aides respiratoires :**

Trachéotomie

O2

Appareil de ventilation (préciser)

**Aide à la parole**

Prothèse phonatoire

**Autre appareillage :**

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

## 6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

**Déplacement** : périmètre de marche

| Modalités d'utilisation des aides techniques               |              |              | Fréquence d'utilisation |     |     |
|--|--------------|--------------|-------------------------|-----|-----|
| Cannes   | En intérieur | En extérieur |                         |     |     |
| Déambulateur   | En intérieur | En extérieur |                         |     |     |
| Fauteuil roulant manuel                                    | En intérieur | En extérieur |                         |     |     |
| Fauteuil roulant électrique                                | En intérieur | En extérieur |                         |     |     |
| Ralentissement moteur :                                    | Oui          | Non          | Besoin de pauses :      | Oui | Non |
| Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : |              |              | Oui                     | Non |     |

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

| A   | B  | C  | D           | NSP                |
|---|--|--|-------------|--------------------|
| Réalisé sans difficulté et sans aucune aide | Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine | Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation | Non réalisé | Ne se prononce pas |

### Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

|                                 | A | B | C | D | NSP |
|---------------------------------|---|---|---|---|-----|
| Marcher :                       |   |   |   |   |     |
| Se déplacer à l'intérieur :     |   |   |   |   |     |
| Se déplacer à l'extérieur :     |   |   |   |   |     |
| Préhension main dominante :     |   |   |   |   |     |
| Préhension main non dominante : |   |   |   |   |     |
| Motricité fine :                |   |   |   |   |     |

Précisions :

### Communication

|   | A   | B | C   | D | NSP |
|---|-----|---|-----|---|-----|
| Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :                                      |     |   |     |   |     |
| Utiliser le téléphone :   |     |   |     |   |     |
| Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :              |     |   |     |   |     |
| Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage | Oui |   | Non |   |     |

Précisions :



**Cognition / Capacité cognitive**

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

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 |
|------|--------|----------|-----|

**Entretien personnel**

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

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...  
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge



Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

## 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 la scolarité et les études supérieures :

## 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 :

## 7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

## 8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non  
Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI :   
Adresse postale :  
  
Téléphone : Email :

---

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

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)