

# Certificat médical

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



**cerfa**  
15695\*01

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

Date:

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 :

Eléments 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 > 15 j par mois	ponctuel < 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 Mètres

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...) :

La personne sait-elle :

Oui

Non

NSP

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)



# Volet 1



cerfa  
15695\*01

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Date du bilan : ...../...../.....

## 1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale?  Oui  Non

Sinon, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: ..... - Âge au premier appareillage: .....

La déficience auditive est-elle syndromique?  Oui  Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées? .....

### - Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

OG:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

Contexte évolutif:  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? ..... Comment? .....

### - Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité: .....

vertiges, préciser fréquence et intensité: .....

hyperacousie, préciser fréquence et intensité: .....

- Appareillage auditif: OD:  Oui  Non Date de l'appareillage actuel: ...../...../.....

OG:  Oui  Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s):  OD  OG Date(s) d'implantation: ...../...../.....

## 2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral  LPC  LSF  LSF Tactile  Français Signé  Écrit  Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes  Autre, préciser : .....  Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...)  Oui  Non

Préciser le type d'aide: .....

Communication orale possible au téléphone sans appareillage:  Oui  Non

avec appareillage (conventionnel ou implant):  Oui  Non

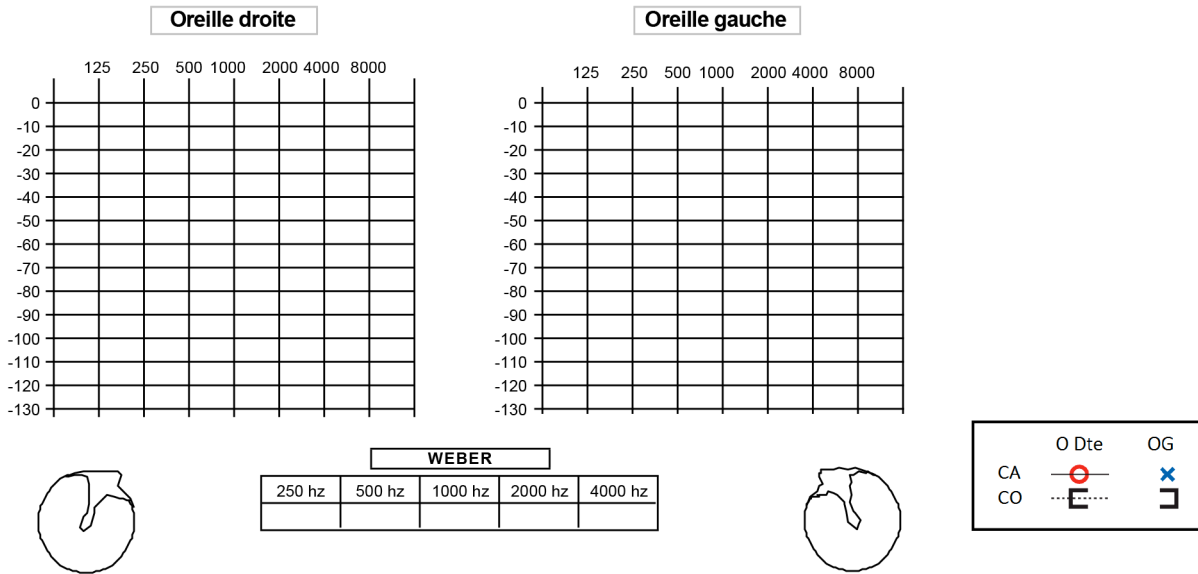
## 3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À ..... le .....

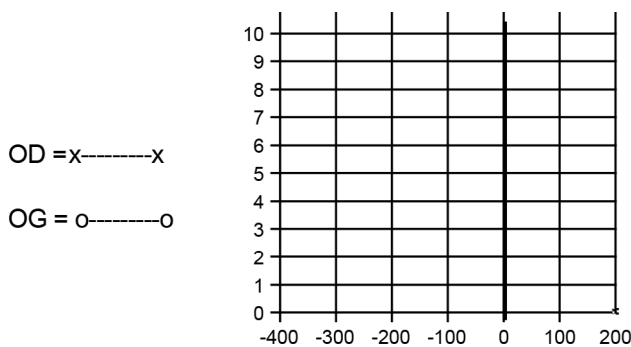
Cachet

Signature:

# Audiométrie

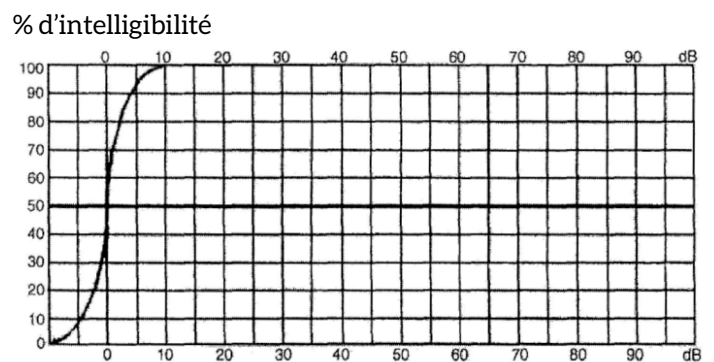


## Tympanogramme



## Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)



## Conséquences globales sur le plan du langage

- Élocution normale; niveau de langage normal.
- Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:
  - perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
  - troubles d'articulation liés à la surdité;
  - troubles de la voix, anomalies de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.
- Difficultés d'élocution comme le groupe précédent; retard de parole et/ou de langage avec notamment:
  - chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
  - emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.
- Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

# Volet 2



cerfa  
15695\*01

## Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Diagnostic principal : .....

Pathologies associées : .....

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

### Acuité visuelle avec correction :

Œil droit     Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal?     Oui     Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale?     Oui     Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale?     Oui     Non (préciser)

### Autres signes cliniques : (préciser)

• Nystagmus     Oui     Non

• Cécité nocturne     Oui     Non

• Diplopie     Oui     Non

• Présence d'hallucinose     Oui     Non

• Photophobie     Oui     Non

Évolution prévisible des troubles :     amélioration     stabilité     aggravation     non définie

Si amélioration : Dans quel délai ?     Comment ?

### Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique

#### • Difficultés dans : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- |   |                              |                              |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ?                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...)     Oui     Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ?     Oui     Non

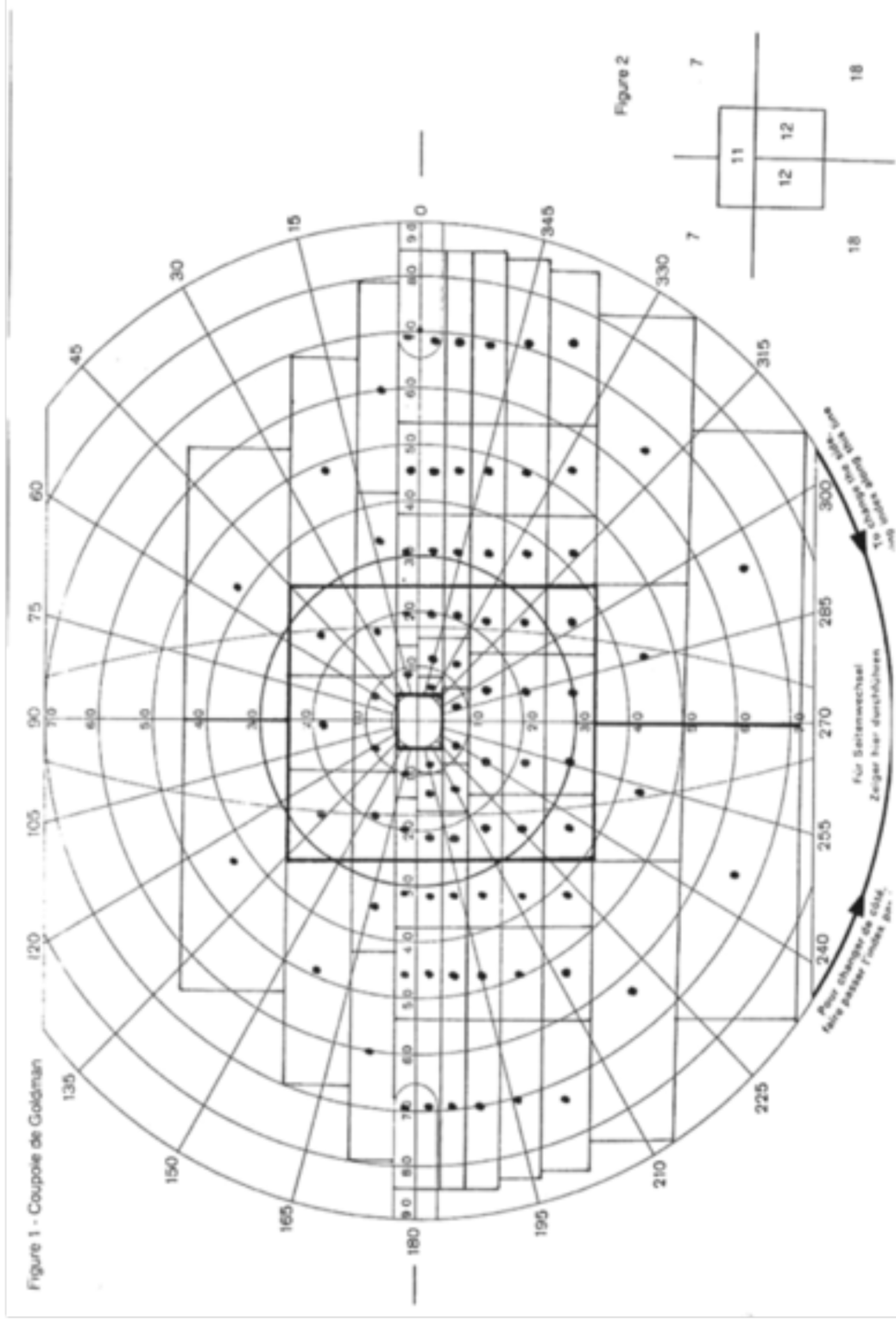
• Autres difficultés :

À ..... le .....

Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).