



Cachet de la CDA

COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE
DES PERSONNES HANDICAPÉES

CERTIFICAT
MÉDICAL

Veillez cocher les cases correspondant à vos réponses

Ce certificat, sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui étudiera la demande présentée

A	Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
<input type="checkbox"/>	
B	Demande de carte
<input type="checkbox"/>	
C	Demande de Prestation de Compensation (PC)
<input type="checkbox"/>	
D	Demande d'Orientation, Scolarisation, Formation
<input type="checkbox"/>	

<i>L'enfant pour lequel la demande est présentée</i>	<i>Le demandeur responsable de l'enfant</i>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance	Parenté avec l'enfant
Lieu de naissance	Adresse
Classe suivie	Code postal
S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle	Commune
Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté	Caisse d'allocations familiales
	N° d'allocations familiales



Diagnostic principal motivant la présente demande :

Croissance :

Taille

Poids

Renseignements périnataux :

Poids de naissance

Age gestationnel

Gémellité

Antécédents périnataux (réanimation ...)

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Déficiences

Déficiences psychiques et/ou intellectuelles

- Troubles de l'identité et de l'image du corps
- Troubles psychomoteurs
- Perturbations du langage oral et/ou écrit portant sur la compréhension et/ou l'expression et entravant la communication
- Difficultés relationnelles et de comportement à apprécier en particulier dans les situations de jeux et d'apprentissages
- Existence d'une déficience intellectuelle - Résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué

Préciser la nature des tests utilisés

Déficiences liées à l'épilepsie

Joindre le compte rendu du dernier EEG

Type

Fréquence des crises

Déficiences de l'audition

Joindre un audiogramme oreille droite/oreille gauche sans appareillage

Déficiences du langage de la parole et de l'écrit

Joindre un compte rendu d'orthophonie et, s'il y a lieu, un bilan neuropédiatrique

- Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographe - Dyscalculie - Dysarthrie - Dysgraphie ...

• Mode de communication habituel de l'enfant :

 verbal

autre (préciser ci-dessous) :

Déficiences de la vision

- Acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près
- Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : unilatérale bilatérale

Déficience de l'oculomotricité :

 Non Oui

Baisse de l'acuité visuelle : unilatérale bilatérale

Autres

Une amélioration est-elle possible?

 Non Oui

Déficiences de la fonction cardiovasculaire

Joindre les résultats des examens complémentaires

- Signes fonctionnels

• Degré d'insuffisance cardiaque

• Tension artérielle

 / 

Déficiences de la fonction respiratoire*Joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*

Signes fonctionnels

- Moyens d'assistance respiratoire
oxygénothérapie : Continue Discontinue
- assistance respiratoire
- Trachéostomie : Non Oui
- Autres :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive*Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Troubles de la prise alimentaire • Troubles du transit • Troubles sphinctériens • Iléostomie...

- Régime ou mode d'alimentation particulier Non Oui Lequel ?

Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire*Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Fonction rénale

Dialyse : Non Oui Fréquence hebdomadaire

- Fonction urinaire
Rétention • Incontinence diurne et/ou nocturne • Sonde • Couches...

Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques*Joindre les résultats des examens complémentaires***Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique***Joindre les résultats des examens complémentaires***Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur** *Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Type de déficience : paralysie - ankylose - amputation - incoordination - déformations orthopédiques

- Troubles du tonus • Mouvements anormaux • Troubles de l'équilibre...

- Troubles sensitifs associés : Non Oui

- Localisation : membres - tête - tronc...

- Appareillage :

- Station debout pénible : Non Oui

Tolérance :

- Fauteuil roulant : Non Oui

Déficiences esthétiques : séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation

- Type • Localisation



Nature des soins • Contraintes • Tolérance

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
• Traitement médicamenteux		
• Traitement chirurgical		
• Greffe Transplantation		
• Soins psychothérapeutiques		
• Rééducations		
• Autres prises en charge		

**Retentissement des difficultés de l'enfant
et des contraintes thérapeutiques sur la vie familiale**

Autonomie

L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient	Normalement <i>ou</i> seul	Difficilement <i>ou</i> avec une aide	Impossible <i>ou</i> avec une aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
L'enfant est capable de :				
1. se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux				
2. communiquer oralement				
3. se comporter de façon logique et sensée				
4. se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit				
5. se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant				
6. se déplacer à l'extérieur				
7. utiliser les transports en commun non spécialisés				
8. boire et manger				
9. s'habiller et se déshabiller				
10. faire sa toilette				
11. contrôler l'excrétion urinaire				
12. contrôler l'excrétion fécale				

Certificat médical établi par le Docteur

<i>Coordonnées</i>	<i>ou</i>	<i>Cachet</i>	<i>Date</i>
Docteur			
Spécialité :			<i>Signature</i>
Adresse :			
Téléphone :			







* H 0 0 2 0 6 *