

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL DESTINÉ AU MÉDECIN DE L'AIDE SOCIALE

ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION
DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

Nom :

Prénom :

né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Âge : ans

Adresse :

.....

CADRE DE VIE

Seul

En couple

En famille

Autre (préciser)

Structure (préciser)

AIDES EXISTANTES

1 : Type d'aides apportées :

2 : Quantité d'aides apportées (volume horaire mensuel) :

3 : Nature des intervenants :

NATURE DES AFFECTIONS À L'ORIGINE DU HANDICAP

1 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 : date d'apparition

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOSPITALISATIONS RÉCENTES

oui non

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Dates et durées	Causes	Lieux	Services hospitaliers

ANTÉCÉDENTS

médicaux :

chirurgicaux :

traitements en cours :

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

DESCRIPTION DES AFFECTIONS INVALIDANTES

Taille : cm

Poids : kg

Amaigrissement récent : oui non

AFFECTIONS INVALIDANTES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1 : localisation : étiologie : handicap occasionné :

2 : localisation : étiologie : handicap occasionné :

3 : localisation : étiologie : handicap occasionné :

Interventions chirurgicales sur appareil locomoteur :

.....

Appareillage éventuel : cannes anglaises déambulateur fauteuil roulant

autres :

DÉFICIENCES PSYCHIQUES ET COGNITIVES

1 : troubles cognitifs : oui non Si oui, MMS :/30 étiologie :

retentissement sur la vie quotidienne : modéré majeur

degré d'évolutivité : lent rapide

2 : retard mental : non léger moyen sévère profond

3 : troubles du comportement : oui non Si oui : agressivité fugues

déambulation passivité, apathie état anxio-dépressif autres :

4 : autres pathologies psychiatriques : oui non Si oui, préciser :

AFFECTIONS INVALIDANTES D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

1 : A.V.C handicap occasionné :

2 : Syndrome Parkinsonien handicap occasionné :

3 : Épilepsie séquelles occasionnées éventuelles :

4 : Autres pathologies neurologiques

préciser : handicap occasionné :

AFFECTIONS SENSORIELLES INVALIDANTES

- 1 : Affections ophtalmologiques** : oui non Si oui, étiologie :
- Acuité visuelle : OD : /10 OG :/10
- Atteinte de la vision centrale : oui non
- Si oui : vision centrale < 1/20 de la normale vision centrale > 1/20 de la normale
- 2 : Affections auditives** : oui non Si oui, nature de l'atteinte :
- Appareillage : oui non
- 3 : Affections du langage** : oui non Si oui, préciser :

AFFECTIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

- 1 : Affections cardio-vasculaires** : oui non
- Si oui, préciser :
- 2 : Affections pleuro-pulmonaires** : oui non
- Si oui, préciser :
- 3 : Oxygénothérapie** : oui non Si oui, débit : L/min durée : /24h
- 4 : Conséquences fonctionnelles** : Activité non limitée
- Dyspnée d'effort non invalidante pour les actes de la vie quotidienne
- Dyspnée au moindre effort Dyspnée de repos

AUTRES AFFECTIONS

- 1 : Affections digestives** : oui non Si oui, préciser :
- 2 : Affections uro-génitales** : oui non Si oui, préciser :
- 3 : Affections métaboliques** : oui non Si oui, préciser :
- 4 : Autres** : Préciser :

PRONOSTIC D'ÉVOLUTION

- stabilité amélioration si oui, délai estimé :
- dégradation si oui, rapide progressive

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS SUR LE HANDICAP, LE PROJET DE VIE ET L'AVENIR

.....

.....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèse...).

ACTIVITÉ	A, B OU C
Transfert	
se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacement à l'intérieur	
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation)	
Toilette : assurer son hygiène corporelle	
Haut > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs	
Bas > régions intimes, membres inférieurs, pieds	
Élimination : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination	
Urinaire > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Fécale > assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
Haut > vêtements passés par les bras et/ou la tête	
Moyen > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture bretelles, fermeture éclair, pression	
Bas > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures	
Alimentation	
Se servir > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule...	
Manger > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route	
Alerter	
Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin	
Déplacement à l'extérieur	
Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue	
Orientation	
Orientation dans le temps	
Orientation dans l'espace	
Cohérence : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée	
Communication	
Comportement	

GUIDE DE REMPLISSAGE

Coder A

s'il fait seul :

- spontanément
- et totalement
- et correctement
- et habituellement

Coder B

s'il ne fait pas

- spontanément
- et/ou totalement
- et/ou correctement
- et/ou habituellement

Coder C

s'il ne fait pas

- s'il faut faire à sa place
- ou faire faire
- ou tout faire

Spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler

Totalement : toute l'activité

Correctement : à bon escient et de façon adaptée aux possibilités

Habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Demarrant à.....

Certifie avoir examiné sur sa demande : M., Me, Melle

Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(s) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.

Le / /

Signature :

**Cachet
indispensable**