

Le certificat médical CERFA de la MDPH

Docteur LUCAS Sandrine

Médecin MDPH 76

Constitution du dossier

Les pièces nécessaires à la recevabilité (Obligatoires)

- ☐ Le formulaire cerfa renseigné, daté, signé
- ☐ **Un certificat médical cerfa daté de moins de 1 an**
- ☐ Un justificatif d'identité (pour un mineur: de l'enfant et de son représentant légal)
- ☐ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

Les pièces nécessaires à l'évaluation des besoins

Elles dépendent de la nature de la demande, de la situation et du handicap:

- ☐ Bilans diagnostic et complémentaires (bilan social, examen psychométrique, compte-rendu médical, bilans réalisés par les services d'accompagnement)...
- ☐ GEVA-Sco pour enfants...
- ☐ Devis si demande d'aide financière (aménagement logement, véhicule, aides techniques, charges spécifiques)...
- ☐ Si demande RQTH, orientation professionnelle et AAH (CV, fiche médecin du travail, compte rendu des professionnels qui accompagne le demandeur TS, CAP Emploi, PFS)...
- ☐ Grille annexe PCH en complément du certificat médical en téléchargement sur le site de la MDPH

Définition du handicap

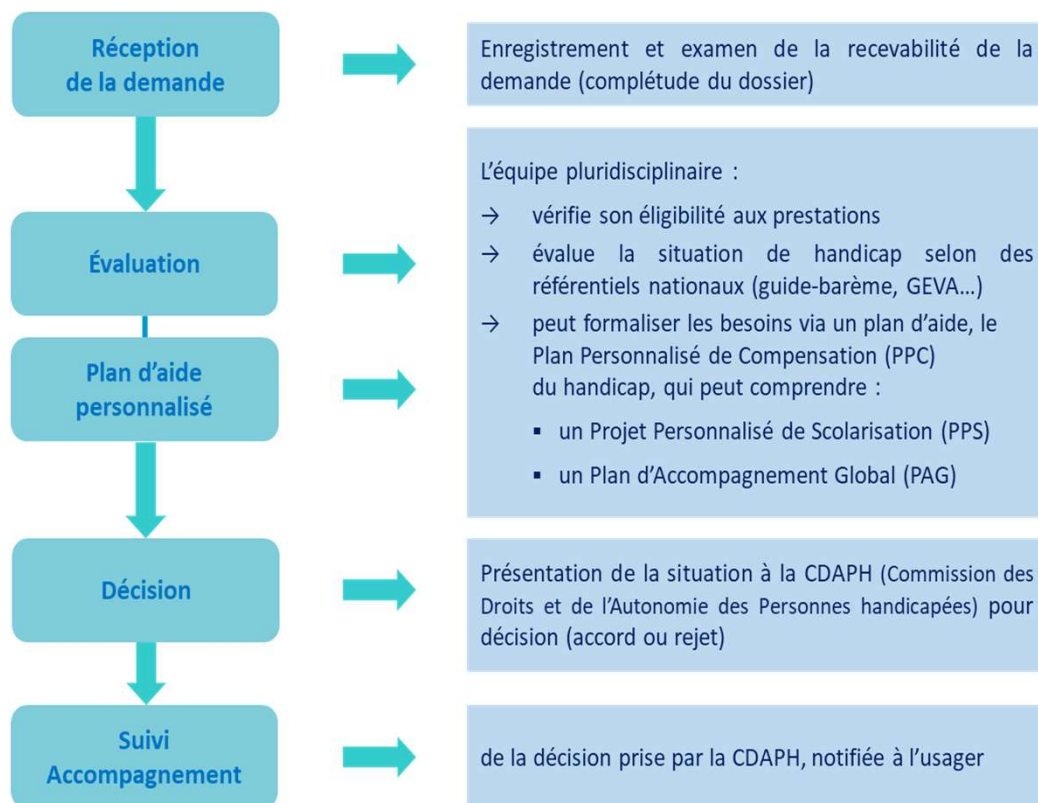
Art. L. 114 du CASF : « *Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Le handicap :

- n'est pas déterminé par le diagnostic ;
- ne correspond pas à l'intensité des déficiences ;
- correspond aux **retentissements** induits dans la vie de la personne, à l'interaction entre la ou les altérations et l'environnement de la personne.

Dès qu'il y a une altération de fonction de **plus d'un an** et des conséquences, il y a un handicap (idem si décès dans un délai inférieur à un an)

Circuit du traitement d'une demande



L'équipe pluridisciplinaire

► Composition:

- Médecins
- Infirmier(e)s
- Référente insertion professionnelle / conseillère insertion professionnelle
- Assistantes sociales
- Ergothérapeutes
- Enseignants spécialisés
- Psychologues

► Rôle d'évaluation

- prise de connaissance du dossier
- recherche et mise en commun des informations
- analyse des informations : **évaluation globale du retentissement** et identification des besoins
- élaboration des réponses: avec analyse de l'éligibilité
- réalisation du PPC à l'issue d'une évaluation

Droits et prestations destinés aux adultes



J'AI PLUS DE 20 ANS

Orientation professionnelle

- ROTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé
- EA : Entreprise Adaptée
- CPD : Centre de Pré Orientation
- CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
- EA : Emploi Accompagné

Prestations

- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- Complément de ressources
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- CMI : Carte Mobilité Inclusion mentions invalidité ou priorité ou stationnement

Orientation spécialisée

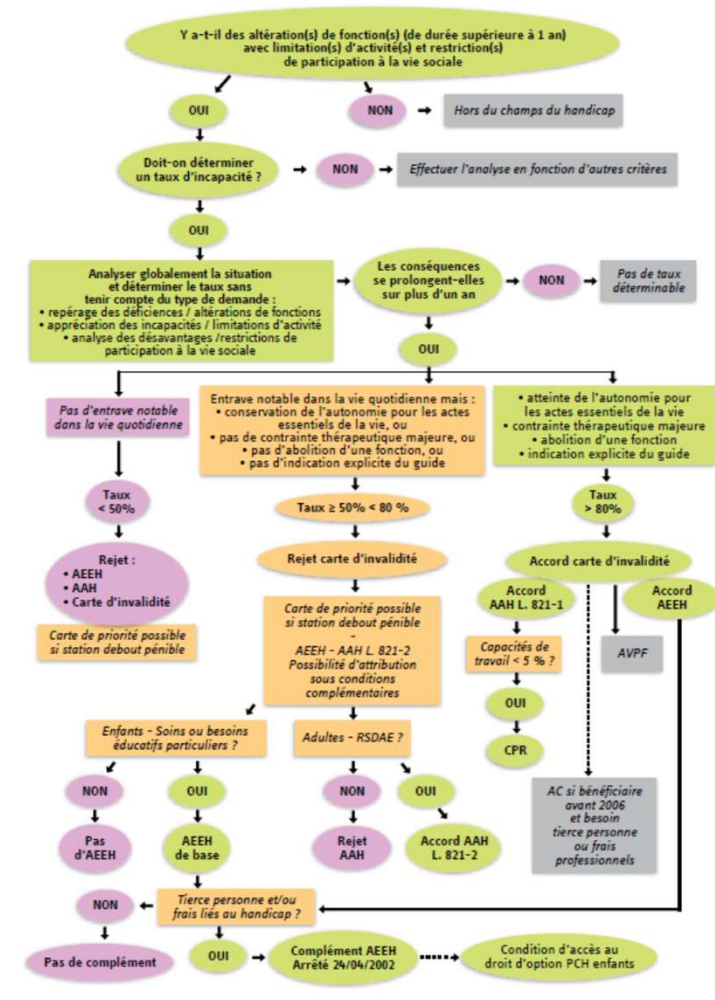
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
- ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
- FH : Foyer d'Hébergement
- FV : Foyer de Vie
- CAJ/SAJ : Centre ou Service d'Accueil de Jour
- FAM ou EAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ou Établissement d'Accueil Médicalisé
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

Droits et prestations destinées aux enfants

Prestations	Description
AEEH	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé, les compléments
Orientation en établissement spécialisé	(IME, ITEP, SESSAD, CROP...)
Scolarisation des élèves	Matériel / équipement pédagogique adapté → AESH (anciennement dénommée « Auxiliaire de Vie Scolaire ») → ULIS - Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (école, collège, lycée) → Enseignement en établissement spécialisé (IME, IMP...)
Fonds Départemental de Compensation du Handicap :	sous conditions, en complément de la PCH, en vue de limiter le reste à charge de la personne en situation de handicap
PCH, CMI...	

Guide des éligibilités

Les éligibilités qui dépendent du guide-barème



Ce qui est attendu

► Page 1:

- Identité de la personne
- En cas de renouvellement, les premières questions sur le changement de l'état de santé, du retentissement et de la prise en charge seraient à remplir en cas de certificat médical simplifié.
- Certificat médical simplifié si le précédent a été rempli par le même médecin (la pathologie peut être identique mais le retentissement être plus important sur le long terme)
- En cas de pathologie psychiatrique avec une suivi par un psychiatre, un certificat médical conjoint avec le psychiatre pourrait être demandé
- Date du certificat médical
- Tampon et signature du médecin

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 12 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.

Ce qui est attendu (2)

► Page 2:

- La pathologie principale responsable du handicap a priori
- Les pathologies associées pouvant être responsables d'un surhandicap
- Les antécédents médico-chirurgicaux en **rapport avec le handicap**
- L'origine du handicap (congénital, AT, MP...)
- Date de début de la maladie ou du traumatisme
- Les principaux signes cliniques
- Les mensurations (donnent une indication sur la gravité d'une obésité, d'un maigreur, l'impact sur le quotidien)
- La latéralité en cas d'atteinte d'un membre supérieur
- Cas des rhumatismes inflammatoires: temps de dérouillage matinal, fréquence et durée des crises
- Cas de l'épilepsie: fréquence des crises

1. Pathologie motivant la demande

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 : Taille : Latéralité dominante avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers ≥ 15 / par mois	Ponctuels ≤ 15 / par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Précisions :

Ce qui est attendu (3)

► Page 3:

- La perspective d'évolution si elle est connue (supérieure à 1 an ou pas)
- Les principaux traitements et régime
- Le fait que la délivrance soit faite par une tierce personne...
- Les différents suivis médicaux

► Page 4:

- les suivis paramédicaux mis en place ou en projet
- Les appareillages mis en place

Perspective d'évolution globale :

☐ Stabilité ☐ Incapacité fluctuante ☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) : _____
☐ Aggravation ☐ Évolutivité 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.
 Préciser 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 ☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser) : _____
☐ Suivi médical spécialisé ☐ Autres : _____

Précisions : _____

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

☐ Ergothérapeute ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique) ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique) ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique)
☐ Infirmière ☐ CMP ☐ CMP ☐ CMP
☐ Kinésithérapeute ☐ Centre Médical Psychologique ☐ Centre Médical Psychologique ☐ Centre Médical Psychologique
☐ Orthophoniste ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique) ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique) ☐ CMTP (Centre Médical Psycho-Neurologique)
☐ Orthopédiste ☐ Hôpital de jour ☐ Hôpital de jour ☐ Hôpital de jour
☐ Psychologue ☐ Autre : _____ ☐ Autre : _____ ☐ Autre : _____
☐ Psychomotricien ☐ Autre : _____ ☐ Autre : _____ ☐ Autre : _____

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Correction auditive : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant
☐ Démodulateur ☐ Centre ☐ Orthèse, prothèse (préciser) : _____
Aide à mobilité : ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Autre (préciser) (Ex : Scooter, ...) : _____

Appareillage visuel : ☐ Site-écranneur ☐ Terminal tactile ☐ Logiciel de lecture vocale
☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Élimination : ☐ Gastro ou Néutrotonomie d'alimentation ☐ Stomie digestive d'alimentation
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (préciser) : _____

Aide à la parole : ☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage : _____

Préciser le type, l'adaptation, l'ordonnance d'utilisation, autorisée ou la personne à l'habiter (complicité) : _____

Ce qui est attendu (4)

► Pages 5 et 6:

- Le périmètre de marche: distance ou temps de déplacement sans pause, et l'utilisation d'une aide technique ou non
- Description du retentissement sur chaque item : marche/ déplacement/ préhension/ communication/ orientation temporo-spatiale/ gestion de la sécurité/ maîtrise du comportement/ actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, alimentation, élimination).
- Retentissement selon 4 niveaux:
 - A: réalisation seule, spontanée (sans aide ni stimulation) sans difficultés
 - B: réalisation seule, spontanée avec difficultés (besoin de plus de temps par exemple, ou au prix d'une douleur...)
 - C: réalisation uniquement avec l'aide d'une tierce personne (directe ou sur stimulation)
 - D: aucune réalisation ou possibilité de participation de la personne

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 :



Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

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

	A	B	C	D	NSP
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

Toilette, habillement, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
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...) :

Ce qui est attendu (5)

► Page 7:

- Gestion du quotidien (courses, ménage, gestion administrative...)
- Situation familiale et rôle de l'aidant si il y a
- Retentissement sur l'emploi et employabilité

► Page 8:

- Signature, tampon, date du certificat médical
- Les identifiants (RPPS ou ADELI) doivent apparaître

Vie quotidienne et vie domestique

Tâches ménagères, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NSP : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

	A	B	C	D	NSP
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 :

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 (ou du représentant) : _____

Cas des déficiences auditives et visuelles

- ▶ Volets spécifiques à faire remplir par le médecin spécialiste.
- ▶ En cas de déficience auditive: fournir un audiogramme tonal **et** vocal réalisé par l'ORL
- ▶ En cas de déficience auditive profonde, indiquer le besoin du recours systématique à une tierce personne pour les divers RDV.
- ▶ En cas de déficience visuelle, acuité visuelle **avec correction** et champs visuel binoculaire de Goldman à fournir

Volet 1

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

Si non, 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

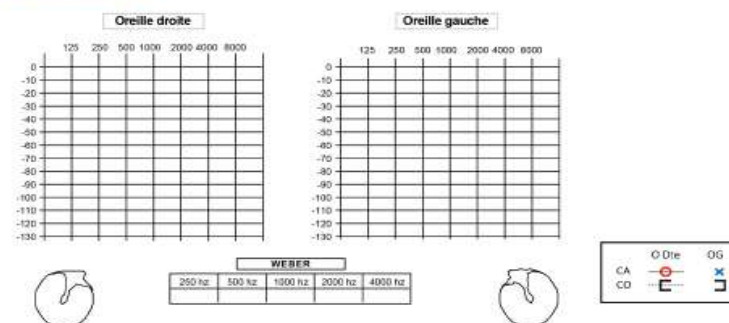
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À _____ le _____

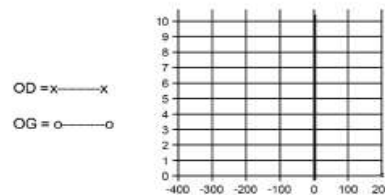
Cachet

Signature: _____

Audiométrie

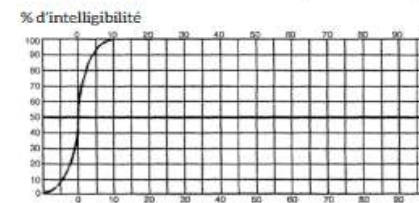


Tympanogramme



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, adverbess, 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

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
- Diplopie ☐ Oui ☐ Non
- Photophobie ☐ Oui ☐ Non

- Cécité nocturne ☐ Oui ☐ Non
- Présence d'hallucinoses ☐ 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 ?
- La reconnaissance des visages à 1 m ?
- Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)
- Utilisation du téléphone et appareils de communication ?
- Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner)
- Les déplacements intérieurs ?
- Les déplacements extérieurs ?

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne

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

Préciser : _____

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? ☐ Oui ☐ Non

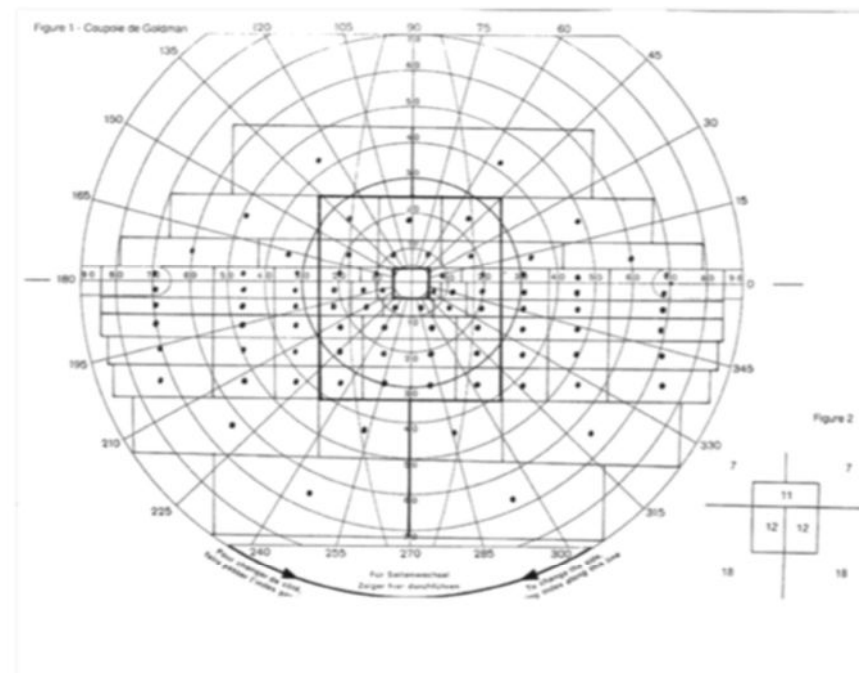
• Autres difficultés : _____

À _____ le _____

Cachet

Signature : _____

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



Contacts MDPH 76

Pour contacter la MDPH :

Adresse générique :

mdph@seinemaritime.fr

Dans le cadre de l'instruction du dossier :

Moins de 16 ans : uniteenfant-mdph@seinemaritime.fr

16 à 25 ans : unitejeune-mdph@seinemaritime.fr

Plus de 25 ans : uniteadulte-mdph@seinemaritime.fr

Pour la PCH adulte : unitepch-mdph@seinemaritime.fr

Pour l'insertion professionnelle : mdphinsertionpro@seinemaritime.fr

► *Merci de votre attention*