



# 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)