

COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE  
DES PERSONNES HANDICAPÉESCERTIFICAT  
MÉDICAL

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993

Cachet de la CDA

**Ce certificat, remis au demandeur 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.**

**Veillez cocher les cases correspondant à vos réponses**

- A**  **Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé**  
Article 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.
- B**  **Demande de carte**  
Article 173 du C.F.A.S.
- C**  **Demande de Prestation de Compensation (PC)**  
Arrêté du 30 juillet 1979.
- D**  **Demande d'Orientation, Scolarisation, Formation**  
Articles 4 et 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.

**L'enfant pour lequel la demande est présentée**

Nom

Prénom

Sexe F  M  Date de naissance

Lieu de naissance

Classe suivie

S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté

**Le demandeur responsable de l'enfant**

Nom

Prénom

Parenté avec l'enfant

Adresse

Code postal

Commune

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

Baisse de l'acuité visuelle :  unilatérale  bilatérale

Déficience de l'oculomotricité :  Non  Oui

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

- Signes fonctionnels

*Joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*

- 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 :

Tolérance :

- Station debout pénible :  Non  Oui

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

<i>L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient</i>	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
<b>L'enfant est capable de :</b>				
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			

*Mon cher confrère,*

*En application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient **sous pli confidentiel ce certificat médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande.*

*Le nouveau guide-barème s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé (**déficience - incapacité - désavantage**).*

- Une **déficience** correspond à une atteinte des organes et des fonctions.*
- Une **incapacité** caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.*
- Le **désavantage social** qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.*

*Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, **d'après l'importance de la déficience**, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne.*

*Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la CDA un taux d'incapacité équitable, veuillez avoir l'obligeance de **compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires**.*

*Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la commission de la CDA sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).*

*Le médecin de l'équipe technique de la CDA*

*PS : Le médecin de la CDA est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.*