

CERTIFICAT MEDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPEE*(doit être complété et joint impérativement au dossier)*

Nom : Prénom :

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES**TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS**

	Seul(e)	Avec aide partielle	Avec aide totale
Se lève du lit et se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève d'une chaise / fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'intérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

A l'extérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Périmètre de marche (sans arrêt)mètres.

COMPORTEMENT

	Non	Oui
Capable d'initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de rester seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation (temps/espace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risques de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (utilise téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIERCE PERSONNE

Vit seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Aidé par ?
-------------	------------------------------	------------------------------	------------

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Nature :

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs, ...) :

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées :

RETENTISSEMENT DU HANDICAP SUR L'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL ACTUEL

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme, ... :

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

Nom du médecin du travail et joindre copie de la fiche d'aptitude :

AUTONOMIE CORPORELLE

	Seul(e)	Avec aide partielle ou surveillance et stimulation	Avec aide totale
Alimentation			
Mange (porte les aliments à la bouche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sert à boire, ouvre ses yaourts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités ménagères (ménage, préparation des repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toilette

Toilette haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bains - Douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habillage

Habillage haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boutonnage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sphincters

Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non
Incontinence anale	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non

Date : Cachet du médecin