



DIRECTION GENERALE
DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DIRECTION DES SOLIDARITES ET REUSSITE
POLITIQUE SOCIALE
PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI) DANS LE CADRE DU DISPOSITIF APA

Certificat médical à remplir par le médecin traitant

NOM D'EPOUSE OU D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre, **sous pli cacheté et confidentiel**, à votre patient pour qu'il les joigne à son dossier de demande auprès du Conseil départemental.

Ce certificat est nécessaire à l'évaluation effectuée par l'équipe médico-sociale du Conseil départemental, sous la responsabilité du médecin départemental Personnes Agées qui se réserve le droit de réclamer toutes informations complémentaires pour le traitement de votre demande.

L'équipe médico-sociale a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champ social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Ce décret détermine les catégories de professionnels habilités (dont les équipes médico-sociales en charge de l'APA) à échanger des informations. Il permet aux professionnels participant à la prise en charge et/ou à l'accompagnement d'une même personne d'échanger ou de partager des informations relatives à cette personne.

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologies invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande

Date de début des troubles – origine, circonstance d'apparition – antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap – bilan initial, facteur de gravité, évolutivité.....

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur

Poids Taille latéralité dominante avant handicap compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire la fréquence des poussées)

Risque vital Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires,

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui (préciser)

Projet thérapeutique (*le cas échéant*) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
- Canne, déambulateur
- Fauteuil roulant manuel électrique
- Orthèse, prothèse (préciser)
- Sonde urinaire Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (préciser) O²
- Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Périmètre de marche
Mobilité, maintien postural, déplacement,
 Manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

1 – pas de difficulté 2 – difficulté modérée
 3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre
 Relation avec autrui ...
 Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils techniques
 De communication (téléphone, téléalarme, ordinateur.....)

Conduite émotionnelle, relationnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage,
 praxie, raisonnement, vitesse d'idéation
 comportement, orientation dans le temps ou
 l'espace...

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Retentissement sur la sécurité :

Gestion des situations à risque,

Capacité de discerner les dangers, mise en danger.....

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :

non oui (précisez)

Entretien personnel : toilette, habillage, continence, alimentation ...

A : sans difficulté

C : aide humaine partielle

B : difficilement ou avec aide technique

D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : *travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches ...*

Retentissement sur la vie sociale et familiale *(si besoin)*

Préconisations : *Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements(Si besoin)*

Observations *(Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)*

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)

Signature du médecin