

Service Universitaire de Prévention et de
Promotion de la Santé
(Tampon - Date)

N° Dossier :



CERTIFICAT MEDICAL ETUDIANT HANDICAPE

Mon cher confrère,

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.

Pour permettre aux médecins de l'équipe médicale du Service Universitaire de Prévention et de Promotion de la Santé (SUMPPS) d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer des aménagements dans le cadre de sa formation universitaire (aménagements d'examens et d'études), veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires que vous jugerez utiles.

Les membres de l'équipe médicale sont amenés à utiliser le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

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 socio-culturels.

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 et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale du SUMPPS est astreintes au secret médical (art. 378 du Code Pénal).

Le médecin de l'équipe médicale du SUMPPS est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet

Etat Civil

N° d'immatriculation Sécurité Sociale : () () () () () () () () ()

NOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____

Prénom : _____ DATE DE NAISSANCE : () () ()

Adresse : _____

Taille : _____ Poids : _____

Diagnostic principal motivant la présente demande : _____

Origine : _____ Congénitale : _____ Acquise depuis le : _____

Veillez préciser s'il s'agit d'un(e) :

Accident du travail : _____ IPP % : _____ Date : _____

Maladie Professionnelle : _____ IPP % : _____ Date : _____

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécaux-obstétriciens ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel : _____

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

DESCRIPTION DES DEFICIENCES (complétez les rubriques concernant votre patient)

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement ...) : _____

Déficiences liées à l'épilepsie

Joindre le compte rendu du dernier EEG

Type : _____ Fréquence des crises : _____

Troubles de la personnalité associés : _____

Déficiences de l'audition

Joindre un audiogramme OD-OG sans appareillage

Troubles associés (acouphènes vertiges ...) : _____

Déficiences du langage et de la parole

Joindre un bilan orthophonique, neurologique ...

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre ... : _____

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? _____

Si oui, de quel type ? _____

Déficiences de la vision

Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant après correction l'activité visuelle pour chaque œil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est : Possible Impossible

Médicalement Chirurgicalement Envisagée vers quelle date :

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil) : _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels : _____

Assistance de décompensation cardiaque : _____

Assistance respiratoire éventuelle : _____

Greffe : _____ Date : _____ Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

Joindre les résultats des examens complémentaires

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques ... : _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) :

Dialyse : Oui Non Fréquence hebdomadaire : _____

Greffe : Oui Non Date : _____ Tolérance : _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

Joindre les résultats des examens complémentaires

Type de diabète, obésité, nanisme, autres ... : _____

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

Joindre les résultats des examens complémentaires

Répercussion sur l'état général et psychique : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

Joindre les résultats des radios, scanners, etc.

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés ... : _____

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : _____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation : _____

Conséquences des déficiences

Autonomie

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

COHERENCE : conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communications : téléphone, sonnette, alarme ...	
ACTIVITE MENAGERES : ménage, préparation des repas ...	

Traitements médicamenteux

Nature : _____

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

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées : _____

A _____ Le _____

Signature du médecin (cachet) :