

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
ESAT
DESTINE AU MEDECIN DU SERVICE MEDICAL
(Pour respecter le secret médical, insérer ce certificat dans une enveloppe cachetée)

OBJET DE LA DEMANDE

• Cette demande vous a été conseillée par :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> l'assistante sociale | <input type="checkbox"/> la CDA | <input type="checkbox"/> l'assistante sociale (de votre caisse maladie) |
| <input type="checkbox"/> l'infirmière libérale | <input type="checkbox"/> la Mairie | <input type="checkbox"/> le personnel de l'établissement où vous résidez |
| <input type="checkbox"/> vos voisins, amis, membre de la famille | <input type="checkbox"/> autres (précisez) : _____ | |

ETAT-CIVIL ET DECLARATION DU DEMANDEUR

A remplir obligatoirement par lui-même ou la Mairie avant l'examen médical

- Nom _____ Prénom _____ Nom de jeune fille _____
- Date de naissance _____ Lieu _____
- Adresse : n° _____ Rue ou lieu-dit _____ Bât _____ Étage _____
Code postal _____ Commune _____ Bureau distributeur _____
Téléphone (indispensable) _____
- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(e) Vie maritale
- Nombre d'enfants _____ Sont-ils à charge ? oui non Si oui, combien ? _____
- Profession habituelle _____ Dernière profession exercée _____
- Date de cessation du travail _____ Motif de cessation du travail _____
- Situation actuelle : Maladie Longue maladie Chômage Retraite
- Invalidité : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie (**joindre une photocopie de la décision**)
- Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité ? oui non Taux _____% S.D.P. D.A. Canne blanche Cécité
- Date de validité **Joindre obligatoirement une photocopie de cette carte au certificat médical**
de la carte : du _____ au _____
- Bénéficiez-vous d'une Allocation aux Adultes Handicapés ? oui non
- Bénéficiez-vous d'une autre pension ? oui non Si oui, précisez : _____
- Percez-vous des indemnités journalières ? oui non
- Avez-vous fait récemment une demande de carte d'invalidité auprès de la CDA ? oui non

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Votre patient a fait, auprès d'admission à l'ESAT La Soubretière.- 44260 SAVENAY
Pour cette admission, **vo**tre collaboration est indispensable.

■ **ANTECEDENTS** (précisez l'année)

- **psychiatriques**
-
-
- **médicaux**
-
-
- **chirurgicaux**
-
-

■ **DIAGNOSTICS PRECIS** du handicap ou psychique (à l'origine de la demande), symptômes particuliers, **date d'apparition**, caractère chronique ou évolutif, dates d'hospitalisation éventuelles

.....

.....

.....

.....

■ **EVOLUTION RECENTE ET NATURE DU SUIVI ACTUEL** (médical, paramédical, fréquence des consultations)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■ **ORIGINE DU HANDICAP**

- maladie congénitale professionnelle accidentelle accident du travail : date
- A.V. publique ou autre : date

■ **A-t-il une invalidité reconnue par la CPAM**

- OUI
- NON

■ **EXAMEN MEDICAL**

- Etat général Poids (kg) Taille (m)
- Aspect général
- Thérapeutique en cours (si traitement de longue durée, préciser lequel)
-

■ **APPAREIL RESPIRATOIRE** (préciser si oxygénothérapie, trachéotomie et les résultats des examens complémentaires éventuels)

■ **APPAREIL DIGESTIF** (dentition, paroi abdominale, orifices herniaires,...)

■ **APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE**

- cœur
- état artériel
- état veineux
- T° pouls ECG éventuels
- Signes d'insuffisance cardiaque

■ **APPAREIL GENITO-URINAIRE**

- pas d'incontinence incontinence occasionnelle nocturne incontinence occasionnelle diurne
- incontinence totale urinaire et/ou fécale

■ **SYSTEME NERVEUX** (préciser de façon détaillée la nature du handicap pour pouvoir chiffrer l'invalidité qu'il entraîne)

- handicaps moteurs et/ou sensitifs (précis)
- autres symptômes

■ **ETAT PSYCHIQUE**

- Le requérant sait-il :
 - lire ? oui non écrire ? oui non parle-t-il ? oui non
 - téléphoner ? oui non compter ? oui non lire l'heure ? oui non
 - prendre seul le bus ? oui non
- Remarques sur le comportement (troubles caractériels, passivité, agressivité, anxiété, désorientation temporo-spatiale ou simples erreurs de repérage, fugues).....

■ **OS ET ARTICULATIONS, ETAT MUSCULAIRE** (détailler la nature du handicap)

- Limitation des amplitudes articulaires (en degré)
- Amylose
- Raccourcissement ou rétraction des membres
- Amputation : localisation précise
 - prothèses cannes fauteuil roulant déambulateur état grabataire
- La situation debout est-elle : non pénible pénible impossible
- S'il est en fauteuil roulant, l'intéressé(e) effectue-t-il ses transferts seule(e) ? oui non

■ **AUTRES APPAREILS** (endocrinologie, peau, ganglions, etc)

