

DIRECTION DES SOLIDARITES, DE LA FAMILLE ET DE L'EGALITE

Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

Ouvert au public : Lundi, Mercredi, Vendredi De 7h30 à 11h30

E-mail : cotorep.dsfe@solidarite.gov.pf

BP 1707 – 98 713 PAPEETE

☎ 40 46 58 46 - ☎ 40 46 58 40

CERTIFICAT MEDICAL COTOREP**- PERSONNE ADULTE HANDICAPEE -***(à remplir obligatoirement par le médecin)***Etat Civil de la personne concernée**☐ (à remplir obligatoirement)Régime de couverture sociale : RGS ☐ RST ☐ RNS ☐ RSS ☐ Autre ☐ Précisez :

Numéro de DN :

Nom.....*S'il y a lieu*, Nom d'usage :Prénom..... Date de naissance :/...../... . Sexe : F ☐ M ☐

(Jour mois année)

Adresse détaillée complète :

Boite postale Commune..... Code Postal :

Téléphone : Portable : Mail :

Y a-t-il une **mesure de protection judiciaire** ? oui ☐ non ☐ Laquelle : Qui :**Demande(s) de la personne concernée**☐ (à cocher obligatoirement)☐ Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé☐ A ☐ B ☐ C☐ Allocation Adulte Handicapé☐ Allocation Compensatrice de perte d'autonomie : AC1 ☐ AC2 ☐☐ Carte d'Invalidité de Polynésie Française (CIPF)☐ Carte Personne à Mobilité Réduite (CPMR)☐ Carte de stationnement pour personnes handicapées (CSPPH)☐ Association : 1^{er} choix : 2^{ème} choix : Entrée ☐ Maintien ☐

Mon cher confrère,

En application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (arrêté 270/CM du 12 mars 1996), 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 membres de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) un taux d'incapacité équitable, **je vous serais obligé (e) de bien vouloir avoir l'obligeance de compléter l'ensemble des rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires.**

A NOTER QU'IL S'AGIT D'UN TAUX D'INCAPACITE ET NON D'INVALIDITE. IL EST ESTIME AU JOUR DE LA CONSULTATION IL N'EST PAS MIS EN FONCTION DE L'EVOLUTIVITE POTENTIELLE DE LA PATHOLOGIE MAIS AU VU DE L'ETAT CLINIQUE ACTUEL ET DE SON RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTODIENNE ET AU TRAVAIL.

A CE TITRE IL PEUT ETRE REVU AUTANT QUE DE BESOIN ET EN CAS DE RECUPERATION DONNER LIEU A UNE DIMINUTION DES PRESTATIONS APORTEES OU VERSEES A LA PERSONNE OU A CONTRARIO ETRE MAJORE

L'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la COTOREP sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal)

Le médecin de la COTOREP

MERCI DE REMPLIR LISIBLEMENT**MOTIF(s) de la DEMANDE**

Description de la pathologie.....

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité) :

POIDS.....TAILLE..... IMC : Latéralité : Droite ☐ Gauche ☐

☐ **Ne Compléter que les rubriques concernant votre patient!**

DEFICIENCE NEUROPSYCHIQUE

joindre le dernier compte rendu du spécialiste (psychiatre / neuropsychiatre) et le résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué (QI) – Précisez si possible la forme et l'évolution depuis le début des troubles ; joindre compte rendu du dernier EEG

☛ **Déficiência Intellectuelle : Lors de la première demande préciser le QI (quotient intellectuel)**

Déficiência Mentale : ☐ oui ☐ non si oui, Précisez Déficiência ☐ légère ☐ Moyenne ☐ Sévère

Niveau scolaire.....
 Illettré ☐Analphabète ☐ Aptitudes pratiques ☐ Préciser.....

☛ **Déficiência liée aux troubles du psychisme**

(préciser la pathologie et son retentissement sur les capacités pour un travail ou pour les actes de la vie quotidienne)

Symptôme psychotique : ☐...(préciser).....

Symptôme thymique : ☐...(préciser).....

Personnalité pathologique (psychopathie) : ☐...(préciser).....

Compatible avec les actes de la vie ☐ oui ☐ non

Addictions: Alcool ☐ Paka ☐ Autres ☐ Préciser.....

Autres, descriptions et retentissements du trouble : (préciser : social, communication, comportement, familiale, etc.)

(Pour l'EPILEPSIE joindre un résultat d'EEG de moins d'un an lors de la première demande)

Epilepsie : Type :Fréquence des crises sous traitement: ... / Jour ... / Sem / Mois

Autres :

DEFICIENCE(S) DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

Pour les insuffisants respiratoires, **donner le VEMS** et préciser les incapacités pour la vie journalière,

Pour les insuffisants cardiaques, préciser la fraction d'éjection (**FEVG**), les incapacité dans l'emploi et pour les actes de la vie journalière,

Pour les apnées du sommeil, indiquer le traitement et le retentissement effectif une fois traité sur le travail et la vie quotidienne,

Pour l'HTA préciser les chiffres tensionnels et l'importance du retentissement cardiaque et rénal,

Signes fonctionnels :

Angor / Dyspnée de repos ☐ Angor / Dyspnée d'effort ☐ stade.....

Tension artérielle :/..... **FE** /... ..%

Périmètre de marche : ☐ < 10 mètres ☐ limité à un étage ☐ supérieur à deux étages

Fréquence des décompensations :VNI ☐ Oxygénothérapie ☐ Autre appareillage :..... ;

VEMS sous traitement :% Pa O2 au repos :mm d'Hg Trachéotomie : ☐ oui ☐ non

DEFICIENCE(S) SENSORIELLE(S)

Pour la première demande joindre obligatoirement **un audiogramme** pour tout déficit de l'audition et une **activité visuelle** avec et sans correction pour tout déficit visuel en cas de problème de langage de dyslexie joindre un compte-rendu

☛ **Déficiência de l'audition, du langage et de la parole**

TROUBLES DE L'AUDITION : ☐ Transmission ☐ Perception ☐ Mixte ☐ autre

Audiométrie avant appareillage : - Oreille Droite.....dB - Oreille Gauche.....dB.

Appareillage possible : ☐ oui ☐ non Appareillé : ☐ oui ☐ non Implant cochléaire : Droit ☐ Gauche ☐

Etiologie Surdité familiale ☐

Acouphènes ☐ Fréquence :..... Vertiges ☐ Fréquence :.....

TROUBLES DU LANGAGE associés aux troubles auditifs OUI ☐ NON ☐

☐ dysarthrie ☐ dyslexie ☐ aphasie ☐ alexie ☐ mutité ☐ laryngectomie ☐ autres :.....

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? ☐ oui ☐ non Si oui de quel type.....

TROUBLES VISUELS

Type de cécité : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Totale ☐ Partielle

Etiologie :.....Affection familiale ☐ Acuité visuelle après correction : OD.....OG.....

Autre anomalie Visuelle.....

Nystagmus ☐ Diplopie ☐ Hémianopsie ☐ Anomalie du Champ visuel

Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est : ☐ Possible ☐ Impossible

DEFICIENCE(s) LOCOMOTRICE (s) joindre résultats des radios, scanners, CR opératoire ...

Préciser les articulations atteintes (blocage complet ou partiel, localisation, nombre, amplitude articulaire)

Pour les pathologies rhumatismales : préciser le nombre de crises, le nombre d'articulations lésées ainsi que le nombre de jour d'arrêt de travail/an

Pour les pathologies évolutives le taux d'incapacité est fixé au jour de l'examen et sur les incapacités ce jour-là ; pas sur le potentiel évolutif

Alzheimer ☐ Parkinson ☐ Affection neuro-musculaire ☐ Affection neuro-dégénérative ☐**Nature** : ☐ Parésie ☐ Paralysie ☐ Ankylose ☐ Amputation ☐ Incoordination ☐ Déformation ☐ Autres

Localisation :

Origine des lésions ☐ Neurologique ☐ Traumatique ☐ Rhumatismale ☐ Métabolique ☐ Vasculaire ☐ InfectieuseCôté dominant : ☐ Droit ☐ GaucheTrouble du tonus : ☐ Mouvements anormaux ☐ Troubles de l'équilibre ☐ Troubles sensitifs associés ☐Douleur fréquente ☐ Douleur permanente ☐ Neuropathiques ☐**Consolidé** OUI ☐ NON ☐

Appareillage : Type :

Tolérance : ☐ Bonne ☐ Mauvaise**Périmètre de marche** :mètres Station debout pénible : ☐Déplacement : avec canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant Manuel ☐ Fauteuil roulant Électrique ☐Besoin d'accompagnement pour déplacements extérieurs : ☐ oui ☐ non Permanent ☐ Occasionnel ☐Incontinence urinaire : ☐ Diurne ☐ Nocturne Sonde ☐ Autosondage ☐ Hétérosondage ☐ Couche ☐Incontinence fécale : ☐ partielle ☐ permanente Mode de drainage :**AUTRE(s) DEFICIENCE(s) : fonction urinaire , métabolique , digestive , esthétique**Pour l'insuffisance rénale, préciser la **clearance à la créatinine** pour l'insuffisance hépatique, préciser le degré d'insuffisance hépatique, biologique et fonctionnelle (insuffisance portale) pour le diabète et les autres pathologies de surcharges préciser leur retentissement sur chaque appareilType & nature : ☐ Diabète ☐ Obésité / IMC : ☐ Goutte☐ Insuffisance rénale Stade : Clearance : ☐ Insuffisance hépatique☐ Anomalie thyroïdienne ☐ Insuffisance surrénale ☐ Problème métabolique autre (Préciser).....Stomie : ☐ Type :

Autres signes cliniques :

Hémodialyse ☐ Dialyse Péritonéale ☐ Fréquence hebdomadaire :**Traitement(s) (médicamenteux, chirurgicaux)**La personne a-t-elle besoin d'un traitement permanent : ☐ oui ☐ non

Nature :

Tolérance : ☐ Bonne ☐ Mauvaise **Régularité des prises** : ☐ oui ☐ non ☐ Entravant la vie de tous les joursFréquence des hospitalisations nécessité de rééducations spécialisées ☐ oui ☐ nonUne rééducation fonctionnelle est-elle possible : ☐ oui ☐ nonDe quel type : Kiné ☐ Ergo ☐ Orthophonie ☐ Psychomotricité ☐ Autre :Le traitement est-il compatible avec le maintien d'une activité professionnelle ? : ☐ oui ☐ nonUne amélioration par traitement médical ou chirurgical est : ☐ Possible ☐ Impossible Lequel :**SURVEILLANCE**Une surveillance, autre que médicale est-elle nécessaire ? ☐ oui ☐ non....Précisez ☐ constante ☐ quotidienne mais discontinue**TRAVAIL : A remplir précisément, notamment sur les aptitudes**Situation professionnelle actuelle : Sans ☐ En Arrêt Maladie ☐ En activité ☐ En invalidité ☐

Si la personne est en situation professionnelle, quelle est son activité ?son employeur ?

Sinon et s'il a cessé une activité antérieure ,pourquoi a t elle été arrêtée ?

Observation : Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéismes :

Aptitude à travailler : ☐ Apte : Milieu ordinaire ☐ Atelier Protégé ☐ Entreprise Adaptée ☐ ESAT ☐☐ Inapte à travailler : A tout poste de travail ☐ A un poste de travail particulier ☐

Pour une inaptitude au poste de travail (préciser) :

Proposition d'aménagement des conditions de travail :**Proposition d'Activités occupationnelles** :

AUTONOMIE RELATIVE AUX ACTES COURANTS DE VIE QUOTIDIENNE

Bilan : **A** : fait seul totalement, habituellement, correctement : Autonome
B : Fait seul mais supervision nécessaire
C : fait partiellement, non habituellement, non correctement ou doit être sollicité
D : ne fait pas ou ne peut pas accomplir (Fait ni seul ni complètement ni correctement ni habituellement)

	>>>>>			
	Compléter par			
	A	B	C	D
Faire seule les démarches administratives simples, dans les délais impartis	☐	☐	☐	☐
Gérer seule ses propres affaires, son budget, ses biens	☐	☐	☐	☐
Effectuer seule des règlements en espèces ☐ par chèque ☐ Par carte bancaire ☐	☐	☐	☐	☐
Faire des achats seule	☐	☐	☐	☐
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers (Met le couvert, range ;entretien du linge, nettoyer)	☐	☐	☐	☐
Préparer des repas (Sans avoir à lui dire pour tous les repas tous les jours)	☐	☐	☐	☐
Boire et manger les aliments préparés (se sert seule et mange seule)	☐	☐	☐	☐
Boire et manger les aliments préparés (Mange seule)	☐	☐	☐	☐
Utiliser seule les moyens de communications : téléphone ☐ SMS ☐ Internet ☐	☐	☐	☐	☐
Prendre et ou commander seul un moyen de transport	☐	☐	☐	☐
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	☐	☐	☐	☐
Se repérer dans l'espace	☐	☐	☐	☐
Préparer son traitement	☐	☐	☐	☐
Suivre et prendre son traitement seule	☐	☐	☐	☐
Parler et Converser : comprend une consigne et y répond : langage courant ☐ Signe ☐ LSF ☐	☐	☐	☐	☐
Se comporter de façon logique et sensée	☐	☐	☐	☐
Savoir utiliser les moyens de contraception	☐	☐	☐	☐
Se comporter de manière adaptée en public	☐	☐	☐	☐
Demander des renseignements pour trouver l'aide dont elle a besoin	☐	☐	☐	☐
Domicile Adapté oui ☐ non ☐ Salle de bain adaptée oui ☐ non ☐				
Se déplacer seul à l'intérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Se déplacer seul à l'extérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Monter seul un escalier	☐	☐	☐	☐
Utiliser seul, les transports en commun non spécialisés	☐	☐	☐	☐
Faire seul ses transferts	☐	☐	☐	☐
Sait exprimer sa douleur	☐	☐	☐	☐
S'habille seule Haut	☐	☐	☐	☐
S'habille seule Bas	☐	☐	☐	☐
Fait seule sa toilette et assumer l'hygiène corporelle	☐	☐	☐	☐
Fait seule sa toilette et assumer l'hygiène corporelle (Douche pieds laver le dos)	☐	☐	☐	☐
Assure seule son hygiène dentaire	☐	☐	☐	☐
Assume l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (Etre propre sur soi)	☐	☐	☐	☐
Participe à une activité sociale (sport, culture, loisirs)	☐	☐	☐	☐
Participe à la vie de la maison (ramasse les feuilles, jardine)	☐	☐	☐	☐

CONCLUSION**Origine du handicap :**☐ CongénitalSi acquis : ☐ Acquis depuis le...../...../.....☐ Accident Domestique ☐ AVP ☐ Accident de travail ☐ Accident de loisir ☐ Accident de sport☐ Maladie☐ Autre :**Capacités & Aptitudes :** ☐ en régression ☐ en amélioration ☐ stables ☐ fixées **Caractère :** Définitif ☐ Provisoire ☐

Signature et cachet du médecin

A _____, le _____