

# Formulaire Complémentaire d'aide à l'évaluation

À compléter avec votre médecin

Vous pouvez joindre ce document au certificat médical lors du dépôt de votre dossier pour permettre de mieux évaluer la situation et proposer un plan de compensation le plus personnalisé et adapté à votre patient.

NOM : .....

N° de dossier MDPH : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

## Histoire de la maladie et retentissement fonctionnel

**1. Diagnostic principal :** .....

.....

S'agit-il d'une maladie rare ?

OUI  NON

**2. Pathologies associées :** .....

.....

**3. Date d'apparition des troubles :**

..... / ..... / .....

**4. La maladie est-elle visible ?**

OUI  NON

**5. Description actuelle des troubles et leurs retentissements :**

	OUI	NON
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance aux soleil (UV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance à la chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaies cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gène à la motricité des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gène à la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (merci de préciser)		

.....

**6. Comment qualifieriez-vous l'évolution de la maladie ?**

	OUI	NON
Risque d'aggravation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Complications possibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (merci de préciser)		

.....



Fédération  
Française  
de la Peau

## 7. Traitements en cours :

a) Médicamenteux / Pansements complexes

Nom de la molécule / Type de pansement	Posologie	Voie d'administration	Administré par un tiers	Effets secondaires	Fréquence et Temps requis

b) Non médicamenteux

Chirurgicaux

Médicaux / Paramédicaux / Autre

Kinésithérapeute

Ergothérapeute

Infirmier

Psychologue

Autre .....

Hospitalisations

HDJ

À plein temps

HAD

Hospitalisation séquentielle

Accueil familial thérapeutique / Appartement thérapeutique



> Existe-t-il des soins liés à la pathologie non pris en charge par ailleurs ?

.....  
.....

> Existe-t-il des contraintes liées aux traitements susceptibles d'impacter vie sociale, émotionnelle, professionnelle, scolaire, etc. ?

.....  
.....

### 8. Antécédents :

- Hospitalisations
  - HDJ                       À temps plein                       HAD
  - Hospitalisation séquentielle                       Accueil familial thérapeutique / Appartement thérapeutique
- Médicaux
- Chirurgicaux
- Psychiques

## Retentissement social / médicosocial

### 1. Existe-t-il un accompagnement médico-social ? :

- SAMSAH                       SESSAD                       SSIAD                       Autre .....
- SAVS                       CAMSP                       SPASAD

> Cet accompagnement s'est-il ou risque t'il de s'arrêter ?

OUI     NON

## 2. Retentissement familial

a) Existe t'il un étayage familial ? OUI  NON

Si oui, lequel ?

.....

b) Si présence d'un étayage familial, quelle aide apporte t'il ?  
(Émotionnel, stimulation, aide, gestion du quotidien, etc.)

.....

## 3. La patient peut-il :

a) Vivre seul ? OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....

b) Partir en vacances ? OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....

c) Faire ses courses, faire le ménage, son repas ? OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....

d) Utiliser les transports en commun ? OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....

e) Participer aux activités culturelles et sportives (avec ou sans les membres de la famille) ?

OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....

.....



#### 4. Retentissement social

a) Sur la communication OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

b) Sur les conduites émotionnelles et comportementales OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

c) Sur les relations avec les pairs OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

d) Sur les relations avec autrui conformes aux règles sociales OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

e) Existe-t-il un isolement social ? OUI  NON

Si oui, pourquoi ? .....

## Retentissement scolaire

En quelle classe est votre patient ? .....

Bénéficie-t-il d'un aménagement de scolarité ? OUI  NON

• Dispositifs de droits communs (PAI, RASED, etc.) : .....

• Dispositifs de droits spécifiques (PPS, SESSAD, etc.) : .....

Retentissement sur la scolarité ? (CNED, partielle, rupture scolaire, etc.) ? OUI NON

.....  
.....

Peut-il participer aux sorties scolaires, aux activités sportives et/ou à des activités extra-scolaires avec ses pairs ?

OUI  NON

Si non, pourquoi ?

.....



# Retentissement professionnel

**Dernier diplôme obtenu :** .....

**A-t-il eu un parcours général ?** OUI  NON

**A-t-il eu un parcours spécifique (IMPRO, ESRP, ESAT, etc.) ?** OUI  NON

Si oui lequel ?

.....

**A-t-il déjà travaillé ?** OUI  NON

Si oui dans quel secteur, combien de temps, et quelle quotité hebdomadaire ?

.....

**Quel est le souhait professionnel de l'intéressé ?** .....

Pensez-vous ce projet réaliste ? OUI  NON

**Existe-t-il selon vous des difficultés d'accès à l'emploi / formation ?**

(apparence physique, difficultés dans les tâches physiques, risque cutané, fatigabilité, travail avec vibration, contextes respiratoires, exposition au soleil, exposition à la poussière, etc.)

OUI  NON

Si oui lesquelles ? .....

**Observations complémentaires du médecin signataire**

.....

.....

DATE DE VALIDATION DU DOCUMENT :

..... / ..... / .....

Nom, signature et Cachet du Médecin

.....

