

Formulaire Complémentaire d'aide à l'évaluation

À compléter avec votre médecin

Ce document facultatif est à joindre avec votre demande à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou à la maison départementale de l'autonomie (MDA).

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)		

.....



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

