

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@administration.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 APPORTEES 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

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

Déficience Mentale : oui non si oui, Précisez Déficience légère Moyenne Sévère

Niveau scolaire.....

Illettré Analphabète

Aptitudes pratiques Préciser.....

☛ Déficience 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

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

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 _____