

**CERTIFICAT MEDICAL**

A PRODUIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE  
D'UNE PERSONNE ADULTE AGEÉ OU HANDICAPEÉ

Nom, prénom et adresse du médecin consulté : .....

Nom, prénom et adresse du postulant : .....

Date de naissance du postulant : .....

Nature de la maladie ou de l'infirmité, diagnostic très détaillé (étiologie, état actuel, complications, pronostic, résultats d'examens de laboratoire) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

La maladie ou l'infirmité est-elle :

- Congénitale
- Acquise
- Curable
- Incurable

Est-elle susceptible d'une amélioration à la suite d'un traitement approprié ?.....  
.....  
.....

L'infirmité résulte-t-elle d'une maladie, d'un accident ou d'une usure des organes ? .....

Degré d'autonomie et besoin d'assistance.  
Le demandeur a-t-il besoin d'être aidé pour un, plusieurs ou la plupart des actes ordinaires de la vie ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Se lever
- Manger
- Marcher
- Faire sa toilette
- Se coucher
- Aller aux toilettes
- S'habiller
- Autres(s) (préciser)

La station debout lui est-elle pénible ?

- Oui
- Non

Une surveillance constante autre que médicale est-elle nécessaire ?

- Oui
- Non

Nécessite-t-il l'aide constante d'une personne ?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, quels sont les actes essentiels de l'existence pour lesquels l'aide constante est nécessaire ?

.....  
.....  
.....

Dans la négative, son état nécessite-t-il d'autres mesures :

- Aide ménagère
  - Autres (préciser) .....
- .....

Doit-il être placé dans un établissement approprié, et de quel ordre ?.....

.....  
.....

ou possibilité d'une rééducation fonctionnelle et d'une réadaptation professionnelle ?

.....  
.....

Observations particulières : .....

.....  
.....  
.....

A....., le .....

Cachet et signature du praticien