



# **FICHE d'ÉVALUATION MÉDICALE**

*(Document à faire remplir par votre médecin traitant)*

**NOM :**

**PRENOM :**

**(Date de naissance : )**

## **I. SITUATION MEDICALE ET DE HANDICAP**

***Antécédents médicaux et chirurgicaux :***

***Pathologie principale à l'origine du handicap :***

***Pathologies associées :***

***Correspondants médicaux habituels (nom, prénom, spécialité, lieu d'exercice...) :***

## II. DEFICIENCES MOTRICES ET SENSITIVES

### **Atteinte de la mobilité volontaire :**

Tête  - Membre supérieur :  Droit  Gauche  
Tronc  - Membre inférieur :  Droit  Gauche

**Troubles de l'élocution et/ou de la phonation (dysarthrie) :**  oui  non

**Troubles de la sensibilité (préciser le territoire atteint) :**  oui  non

.....  
.....

## III. DEFICIENCES ASSOCIEES

**Troubles visuels :**  oui  non  donnée inconnue

**Déficiences auditives :**  oui  non  donnée inconnue

**Déficiences cardiaques :**  oui  non  donnée inconnue

**Déficiences respiratoires :**  oui  non  donnée inconnue

**Troubles trophiques et cutanés :**  oui  non  donnée inconnue

**Troubles urinaires :**  oui  non  donnée inconnue

**Troubles ano-rectaux :**  oui  non  donnée inconnue

**Déficiences intellectuelles :**  oui  non  donnée inconnue

**Troubles du comportement :**  oui  non  donnée inconnue

**Troubles neuropsychologiques :**  oui  non  donnée inconnue

## **IV. AIDES TECHNIQUES – APPAREILLAGE**

**Trachéotomie** :     oui             non

**Assistance respiratoire** :     aucune             intermittente             permanente

**Appareillage** :     Aucun                     Chaussures orthopédiques  
                           Assise moulée             Corset  
                           Autres : .....

**Moyen de déplacement/ déambulation le plus naturel** :

Périmètre de déplacement :

**Certificat médical établi par :**

A ..... le ..... Cachet (obligatoire)

Signature du médecin