

CERTIFICAT MÉDICAL
Destiné au Médecin Départemental
(à transmettre sous pli confidentiel)



Accueil familial pour personnes en situation de handicap
et/ou personnes âgées

Votre patient a fait une **demande d'orientation en accueil familial** au Département d'Ille-et-Vilaine.
Pour étudier cette demande, **votre collaboration est indispensable.**

Etat civil de la personne concernée par le projet d'accueil

Nom et prénom de la personne concernée par le projet d'accueil :

.....

Date de naissance :

Médecin généraliste référent et coordonnées :

Adresse :

Téléphone : / / / /

Médecin spécialiste et coordonnées :

Adresse :

Téléphone : / / / /

Antécédents

Médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Diagnostic précis

du handicap (à l'origine de la demande), symptômes particuliers, **date d'apparition**, caractère chronique ou évolutif, **dates d'hospitalisation récentes**

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

Origine du handicap

♣ Maladie ♣ Congénitale ♣ Professionnelle ♣ Accidentelle
♣ accident du travail : date / / ♣ autre : date / /

Examen médical

Etat général : Poids (kg) : Taille (m) :

Etat psychique

Troubles cognitifs, consultation mémoire :
.....
.....

Remarques sur le comportement :
.....
.....

Une surveillance constante doit-elle être exercée ? ♣ oui ♣ non

Suivi CMP : ♣ oui ♣ non Référent :

Ce suivi sera-t-il poursuivi ? ♣ oui ♣ non

Mobilité

Limitation des amplitudes articulaires :

La station debout est-elle : ♣ non pénible ♣ pénible ♣ impossible

Aides techniques : ♣ prothèses ♣ cannes ♣ fauteuil roulant ♣ déambulateur

S'il est en fauteuil roulant, l'intéressé(e) effectue-t-il ses transferts seul(e) ? ♣ oui ♣ non

Addiction

♣ Alcool ♣ Tabac ♣ Autres :

.....

Traitements en cours

.....

.....

.....

.....

.....

Aides humaines

♣ Infirmier libéral ♣ SSIAD ♣ Kinésithérapeute ♣ Orthophoniste

♣ Autres :

Observations particulières du médecin examinateur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis du médecin sur l'orientation en accueil familial :

♣ Favorable ♣ Défavorable

À, le / /

Signature du médecin :

Cachet :

Avis du médecin départemental sur l'orientation en accueil familial de :

M/Mme :

Né(e) le / /

♣ Avis favorable ♣ Avis défavorable

À, le / / Signature du médecin :

Cachet :

**Certificat médical à adresser (sous pli confidentiel)
à l'attention du médecin départemental :**

**Pôle Solidarité - Direction Personnes âgées / Personnes handicapées
Service Actions médico-sociales**