

**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

BP 1707 - 98 713 PAPEETE

(40.46.58.46 / (40.46.58.40 - Fax 40.46.58.44

# 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 de Jeune Fille.....

Prénom..... Date de naissance : ...../...../.... Sexe : F M

(Jour mois année)

Adresse détaillée complète : .....

Boite postale ..... Commune..... Code Postal : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

### Demande(s) de la personne concernée (à cocher obligatoirement)

Demandes : Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé Allocation Adulte Handicapé

Reclassement professionnel

Allocation Compensatrice

Formation

Carte Territoriale d'Invalidité (CTI)

Autre .....

Plaque PMR

### AUTORISATION DE TRANSMISSION INFORMATIQUE DE DONNEES PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU SON REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné autorise la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité à

- transmettre mes noms qualité adresse et téléphone au SEFI en charge de la Cellule Insertion des Travailleurs Handicapés(CITH)
- transmettre un avis favorable de la COTOREP sur ma reconnaissance de travailleur handicapé au SEFI en charge de la Cellule Insertion des Travailleurs Handicapés(CITH)
- transmettre un avis favorable de la COTOREP sur mon allocation adulte handicapé au SEFI en charge de la Cellule Insertion des Travailleurs Handicapés(CITH)
- transmettre un avis favorable de la COTOREP sur une adaptation de mon poste de travail au SEFI en charge de la Cellule Insertion des Travailleurs Handicapés(CITH)
- transmettre un avis favorable de la COTOREP sur une formation professionnelle ou une remise à niveau scolaire
- transmettre un avis favorable de la COTOREP sur un aménagement de poste de travail
- Utiliser ces données sous formes anonymes à des fins statistiques

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 les 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 APORTEES OU VERSEES A LA PERSONNE OU A CONTRARIO ETRE MAJORE**

Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la COTOREP sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal). En vous priant de m'excuser de vous imposer cette démarche et en vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes salutations

**MOTIF(s) de la DEMANDE**

Description de la déficience : .....

P O I D S ..... T A I L L E ..... T e n s i o n artérielle.....

*Ne Compléter que les rubriques concernant votre patient!*

**DEFICIENCE(S) NEUROPSYCHIQUE(S)**

*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))**

Retard intellectuel: oui non .. si oui, Déficience légère Moyenne Sévère

Niveau scolaire

Illétré  Analphabète  A p t i t u d e s p r a t i q u e s

Préciser.....

**Déficience liée aux troubles du psychisme**

*(préciser exactement la pathologie diagnostiquée et son retentissement sur les capacités de la personne pour un travail ou pour les actes de la vie quotidienne)*

Etat psychotique : oui non (Préciser diagnostic) à prédominance productive (délire, hallucination) oui non

à prédominance déficitaire (apragmatisme, autisme) oui non  
Personnalité pathologique (psychopathie): oui non.....Compatible avec les actes de la vie oui non

Troubles caractériels  ... (préciser).....

Troubles du comportement  ... ( P r é c i s e r )

Addictions: Alcool  Paka  A u t r e s

Préciser.....

Autres, descriptions et retentissements du trouble : .....

**Déficience d'origine neurologique**

(Pour l'EPILEPSIE joindre un résultat d'EEG de moins d'2 ans lors de la première demande)

Epilepsie : Type : .....Fréquence des crises sous traitement: .....

Alzheimer  Parkinson  Affection générative musculaire

Affection neuro générative

Autres : .....

Affections familiales

**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, les incapacité dans l'emploi et pour les actes de la vie journalière liés à la pathologie,

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,

Pour les infarctus, préciser le retentissement sur les actes de la vie journalière et le travail

Signes fonctionnels : Angor / Dyspnée de repos Angor / Dyspnée d'effort stade.....

Périmètre de marche : < 10 mètres limité à un étage supérieur à deux étages

Fréquence des décompensations : .....Oxygénothérapie : oui non

VEMS sous traitement : .....% Pa O2 au repos : .....mm d'Hg Trachéostomie : 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 (Pièces renouvelées si modification des troubles et de leur retentissement)

### 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

Etiologie ..... Surdité familiale [?].

TROUBLES DU LANGAGE associés aux troubles auditifs OUI NON

dysarthrie dyslexie aphasia alexie mutité laryngectomie autres :.....

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? oui non Si oui de quel

type.....

### Déficience de la vision

Type de cécité : Unilatérale Bilatérale Totale Partielle

Etiologie :..... Acuité visuelle après correction : OD.....OG.....

Autre anomalie Visuelle..... Anomalie du Champ visuel .....

Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est : Possible Impossible

Affection familiale[?]

## 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 évoluant par crises, préciser le nombre de crises et le nombre d'articulations bloquées ainsi que le nombre de jour en incapacité de travail par an

Pour la douleur, en chiffrer l'intensité sur une échelle de douleur, préciser si suivi par le centre de la douleur

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

Localisation :.....

Nature : Parésie Paralysie Ankylose Amputation Incoordination Déformation

Autres .....

Origine : Lésion Neurologique Traumatique Rhumatismale Métabolique (diabète) Vasculaire Infectieuse

Coté dominant : Droit Gauche

Trouble du tonus : Mouvements anormaux oui non Troubles de l'équilibre oui non

Troubles sensitifs associés : oui non

Consolidé OUI NON

Appareillage : oui non Tolérance : Bonne Mauvaise

Périmètre de marche :.....mètres Station debout pénible : oui non

Déplacement : avec canne oui non En fauteuil roulant : oui non

Incontinence : Diurne Nocturne Sonde : oui non Couche : oui non

Incontinence fécale : partielle permanente Douleur fréquente Douleur permanente.

## AUTRE(s) DEFICIENCE(s) : fonction urinaire , métabolique , digestive, esthétique

Pour l'insuffisance rénale, préciser la clearance à la créatinine pour l'insuffisance h patothique, préciser le degré d'insuffisance h patothique, biologique et fonctionnelle (insuffisance portale)pour le diabète et les autres pathologies de surcharges préciser leur retentissement sur chaque appareil

La plupart des problèmes esthétiques sont comptabilisés dans le taux d'incapacité.

Type & nature : Diabète Obésité Goutte Insuffisance rénale Insuffisance h patothique

Anomalie thyroïdienne Insuffisance surrénale

Problème métabolique autre (Préciser).....

Autres signes cliniques:.....

Hémodialyse oui non Dialyse Péritonéale Fréquence hebdomadaire.....

## Traitement(s) médicamenteux

La personne a-t-elle besoin d'un traitement permanent : oui non

Nature.....

Tolérance: Bonne Mauvaise Entravant la vie de tous les jours

Fréquence des hospitalisations ..... et / ou nécessité de r  ductions spécialisées oui non

Une réduction fonctionnelle est-elle possible : oui non De quelle type.....

Le traitement est-il compatible avec le maintien d'une activité professionnelle ? : oui non  
**SURVEILLANCE**

Une surveillance, autre que médicale est-elle nécessaire ? oui non....de manière constante quotidienne mais discontinue

**TRAVAIL**

Situation professionnelle actuelle : Sans En Arrêt Maladie En activité Autre  
 Si la personne est en situation professionnelle, quelle est son activité ? .....son employeur ?.....  
 Sinon et s'il a cessé une activité antérieure pourquoi ?.....  
 .....

Observation : Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéismes :

Aptitude à travailler en Milieu ordinaire Atelier Protégé, Centre d'Aide par le Travail, Inapte à travailler

Inaptitude médicale...(préciser inaptitude totale médicale à tout travail ou aptitude à certain travaux)

Inaptitude d'autre origine( préciser ).....

Pour une inaptitude au poste de travail (préciser)

**Aménagement des conditions de travail** (noter vos propositions pour le médecin du travail et indiquer l'entreprise CGPME ou SIMTRA

(limitation de charges.....)

**AUTONOMIE**

**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

SCORE

<b>DEPENDANCE PSYCHIQUE</b>		
Faire seule les démarches administratives simples		
Gérer seule ses propres affaires ,son budget, ses biens		
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers (Mettre le couvert ranger entretien du linge nettoyer les locaux)		
Préparer des repas (préparer les repas et les conditionner pour être servis) ( Sans avoir à lui dire pour tous les repas tous les jours )		
Utiliser seule les moyens de communications : téléphone...		
Utiliser seul, les transports en commun non spécialisés		
Prendre et ou commander seul un moyen de transport (ne conduit pas mais sais demander à ce qu'on la conduise quelque part )		
Faire des achats seule		
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
Suivre et prendre son traitement seule		
Parler et Converser : comprend un ordre et y répond par un signe		
Parler et converser :s'exprime clairement oralement ou non (langue des signes )		
Se comporter de façon logique et sensée		
Participe à une activité sociale (sport culture loisir sociale )		
Participe à la vie de la maison (ramasse les feuilles,jardine )		
<b>DEPENDANCE PHYSIQUE</b>		
Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (sans avoir à lui dire ,à bon escient ,de façon adaptée ,chaque fois qu'il le désire )		
Se déplacer seul à l'extérieur du domicile		
Fait seul ses transferts (lits chaise fauteuil roulant douche) (sans avoir à lui monter ,sans se mettre en danger ,chaque fois que c'est nécessaire )		
Peut monter seul un escalier		
S'habiller seule ( haut) (enfiler un tricot)		
S'habiller seule (bas) (Mettre le short)		
S'habiller seule (fermer un vêtement (boutons fermés )		
Faire seule sa toilette et assumer l'hygiène corporelle (laver les mains ,se coiffer :coup de peigne )(sans avoir à lui dire ,à lui rappeler aboutissant à une propreté satisfaisante autant qu'il le faut de fois )		
Faire seul sa toilette et assumer l'hygiène corporelle (Douche pieds laver le dos )		
Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (c'est-à-dire aller aux toilettes et être propre sur soi ) (sans avoir à lui dire où il faut aussi souvent que de besoin)		

Boire et manger les aliments préparés (se sert seule et mange seule )		
Boire et manger les aliments préparés (Mange seule)		

## CONCLUSION

**Origine du handicap :** Congénital Acquis depuis le...../...../.....  
 Si acquis : Accident Domestique AVP Accident de travail  Accident de loisir  
 Maladie  
 Autre : .....

**Capacités & Aptitudes :** en régression en amélioration stables fixées

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

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin