

Commission Territoriale de l'Éducation Spéciale
 Tel: 40 46 27 14 - Fax: 40 46 27 90
 BP: 20673 - 98713 Papeete

CERTIFICAT MEDICAL C.T.E.S

(à remplir obligatoirement par le médecin)

Etat Civil du demandeur responsable de l'enfant ➡ (à remplir obligatoirement)

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..... Ile Code Postal :
 Téléphone : Fax : Archipel.....
 Parenté avec l'enfant :

Enfant pour lequel la demande est formulée ➡ (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 (si différente de celle du dessus) :
 Boite postale Commune..... Ile Archipel Code Postal :
 Téléphone : Fax :
 Commune de naissance : Enfant Faamu : oui / non

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté.....
 Classe suivie :

Demande(s) destinée(s) à la C.T.E.S ➡ (à cocher obligatoirement)

- Demandes : **Demande d'orientation**
- | | | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CEDOP | <input type="checkbox"/> IME | <input type="checkbox"/> IR | <input type="checkbox"/> CHM | <input type="checkbox"/> Allocation Spéciale Handicapé |
| <input type="checkbox"/> CLIS | <input type="checkbox"/> Etablissement spécialisé | | | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice 1 ^{er} Cat |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez laquelle : | | | | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice 2eme Cat |
| | | | | <input type="checkbox"/> Plaque PMR |
| <input type="checkbox"/> Tiers temps | <input type="checkbox"/> Auxiliaire d'intégration | | | <input type="checkbox"/> Carte Territoriale d'Invalidité (CTI) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Tiers personne |

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 au demandeur **sous pli confidentiel ce certificat médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande. Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la CTES 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.

Dr Vincent DUPONT

MOTIF(s) de la DEMANDE

☛ Description de la déficience :

.....

.....

..... POIDS (en Kg).....TAILLE (en cm).....

☛ Antécédents personnels :

Poids de naissance.....Age gestationnel..... Souffrance Fœtale Aiguë oui non

Age de la marche :.....Acquisition de la propreté :.....Acquisition du langage :.....

☛ Cursus Scolaire : Normal / En retard : Classe à N0.....à N-1.....

.....à N-2.....à N-3.....

☛ **Ne Compléter que les rubriques concernant votre patient!**

DEFICIENCE(S) NEUROPSYCHIQUE(S)

☛ Joindre le dernier compte rendu du spécialiste (psychiatre / pédopsychiatre / 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

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

.....

..... QI ou âge mental:.....

Déficience liée aux troubles du comportement

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

à prédominance déficitaire (apragmatisme, autisme) oui non

Personnalité pathologique (psychopathie): oui non....Compatible avec une scolarisation oui non

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

Déficience d'origine neurologique

Epilepsie : Type :Fréquence des crises sous traitement:

Autres :

DEFICIENCE(S) DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

☛ Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, EFR, gaz du Sang, hémocrite, saturation en O2 au repos –

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)

En fonction de la déficience joindre un audiogramme récent, OD -OG sans appareillage, le dernier compte rendu ORL / orthophonique, un certificat ophtalmologique de mois de trois mois, précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque œil de près (ainsi qu'un champ binoculaire si utile)

Déficience de l'audition, du langage et de la parole

Surdité : Transmission Perception Mixte autre
Audiométrie avant appareillage : - Oreille Droite.....dB - Oreille Gauche.....dB.
Appareillage possible : oui non Appareill  : oui non
Troubles associés :
 dysarthrie dyslexie aphasie 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.....
Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est : Possible Impossible

DEFICIENCE(s) LOCOMOTRICE (s) joindre résultats des radios, scanners, CR opératoire ...

Nature : Parésie Paralysie Ankylose Amputation Incoordination Déformation
 Autres
Coté dominant; Droit Gauche
Description et localisation :
.....
Périmètre de marche :mètres Station debout pénible : oui non
Appareillage : oui non Tolérance : Bonne Mauvaise
Déplacement : avec canne oui non En fauteuil roulant : oui non

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

Type & nature :
.....
Incontinence : Diurne Nocturne Sonde : oui non Couche : oui non
Incontinence fécale : partielle permanente
Autres signes cliniques:.....
.....
Dialyse oui non Fréquence hebdomadaire.....

NATURE des SOINS – CONTRAINTES - TOLERANCE

L'enfant a-t-il un traitement médicamenteux permanent en cours : oui non : en aurait-il besoin ? : oui non
 Nature.....

Tolérance: Bonne Mauvaise Entravant la vie de tous les jours

L'enfant bénéficie-t-il d'une ou de rééducations spécialisées oui non : en nécessite-t-il ? : oui non
 Type(s) , fréquence(s) et lieu(x) d'intervention.....

La nature de la prise en charge est-elle compatible avec le maintien en milieu scolaire ordinaire ? : oui non

AUTONOMIE ➔ à évaluer par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient .

Bilan

- A : fait seul totalement, habituellement, correctement
 - B : fait partiellement, non habituellement, non correctement ou doit être sollicité
 - C : ne fait pas ou ne peut pas accomplir
 - D : inappréciable compte tenu de l'âge (< 18 mois)
- Compléter par A/ B/C/D

Se déplacer à l'extérieur	
Se déplacer à l'intérieur	
Utiliser seul, les transports en commun non spécialisés	
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Parler, Converser ou Communiquer oralement	
Se comporter de façon logique et sensée	
Faire sa toilette et assumer l'hygiène corporelle	
S'asseoir, se lever, se coucher	
S'habiller, se déshabiller, mettre son appareillage	
Contrôler ou assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Contrôler ou assumer l'hygiène de l'élimination fécale	
Boire et manger les aliments préparés	

L'aide par une tiers personne est-elle nécessaire ? oui nonde manière constante quotidienne mais discontinue

RETENTISSEMENT des DIFFICULTES de l'enfant sur sa scolarisation

Situation scolaire actuelle : Déscolarisation Eviction temporaire Scolarisation adaptée inadaptée
 Non scolarisation Jamais de scolarisation

Mesure(s) d'éducation et d'orientation souhaitable(s):.....
 Mise sous Tutelle proposée : oui / non

Pour les adolescents :
 Aptitude à travailler en Milieu ordinaire Atelier Protégé, Centre d'Aide par le Travail, Inapte à travailler...

CONCLUSION

Origine du handicap : Congénital Acquis depuis le...../...../.....

Si acquis : Accident Domestique AVP Maladie Accident de travail Autre :

Capacités & Aptitudes : en régression en amélioration stables fixées **Taux IPP proposé :** %

Appréciation générale médicale et projet(s) médico-éducatif(s):.....

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin