

DOSSIER D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRISE EN CHARGE

de : Mme Mlle Mr

DATE D'OUVERTURE DU DOSSIER :

Médecins | Spécialistes suivant le dossier

SPECIALITE	NOM	COORDONNEES

Notice Explicative - Utilisation du Dossier

Ce dossier d'accompagnement a pour vocation de rester en possession du patient. Il a pour but de faciliter l'échange avec les professionnels de santé et les administrations. Il pourra également appuyé des démarches effectuées par le patient, comme une demande d'A.L.D., un rendez-vous avec un médecin conseil de la CPAM, une demande d'invalidité, d'A.A.H. etc. Il facilite également la communication du patient vers le médecin.

Principes d'utilisation :

Décrire vos douleurs et leur impact - Page 3 : Cette rubrique a pour but d'aider le patient à la préremplir avant la consultation afin de pouvoir décrire précisément ce qu'il ressent et les impact sur sa vie quotidienne. Le médecin pourra ainsi prendre toute la mesure des douleurs et de leurs conséquences.

Décrire votre sommeil - Page 5 : le patient doit préremplir cette rubrique avant la consultation afin de pouvoir décrire précisément ce qu'il ressent et les impact sur sa vie quotidienne. Le médecin pourra ainsi prendre toute la mesure des problèmes liés au sommeil et de leurs conséquences.

Examens complémentaires - Page 9 : CADRE RESERVE AUX MEDECINS cette rubrique a pour but de faciliter le travail du médecin et de lui permettre de prescrire cette batterie de tests minimums afin d'écarter certaines pathologies. Le médecin devra par la suite remplir les conclusions des examens pratiqués et récoltés les informations demandées ensuite, afin de pouvoir s'orienter plus facilement vers un diagnostic.

Orientation du Patient - Page 11 : CADRE RESERVE AUX MEDECINS Cette rubrique a pour but de faciliter le travail du médecin et de pouvoir d'un seul coup d'oeil orienter correctement le patient vers les professionnels de santé adéquats. Elle permet également au patient de visualiser les différents professionnels de santé rattachés à son dossier.

Prescriptions médicamenteuses - Page 12 : CADRE RESERVE AUX MEDECINS cette rubrique a pour but de refléter l'historique des prescriptions faites au patient et de pouvoir juger de l'effet positif et indésirable de chaque molécules qui lui ont été prescrites. Cela a pour but également d'orienter vers un diagnostic.

Ressenti Patient / Traitements médicamenteux - Page 14 : Cette rubrique a pour but que le patient puisse à tout moment(même chez lui), décrire son ressenti, les effets positifs ou les effets secondaires des molécules qui lui sont prescrites, le but étant bien sûr de le communiquer à votre médecin mais aussi à laisser trace du fait que vous supportiez, ou non, telle ou telle molécule ce qui peut justifier de l'arrêt d'un traitement par exemple.

Suivi psychologique & thérapie comportementale et cognitive - Page 15 : CADRE RESERVE AUX MEDECINS Cette rubrique a pour but d'avoir un suivi et une évolution de l'état du patient visible à travers ce dossier.

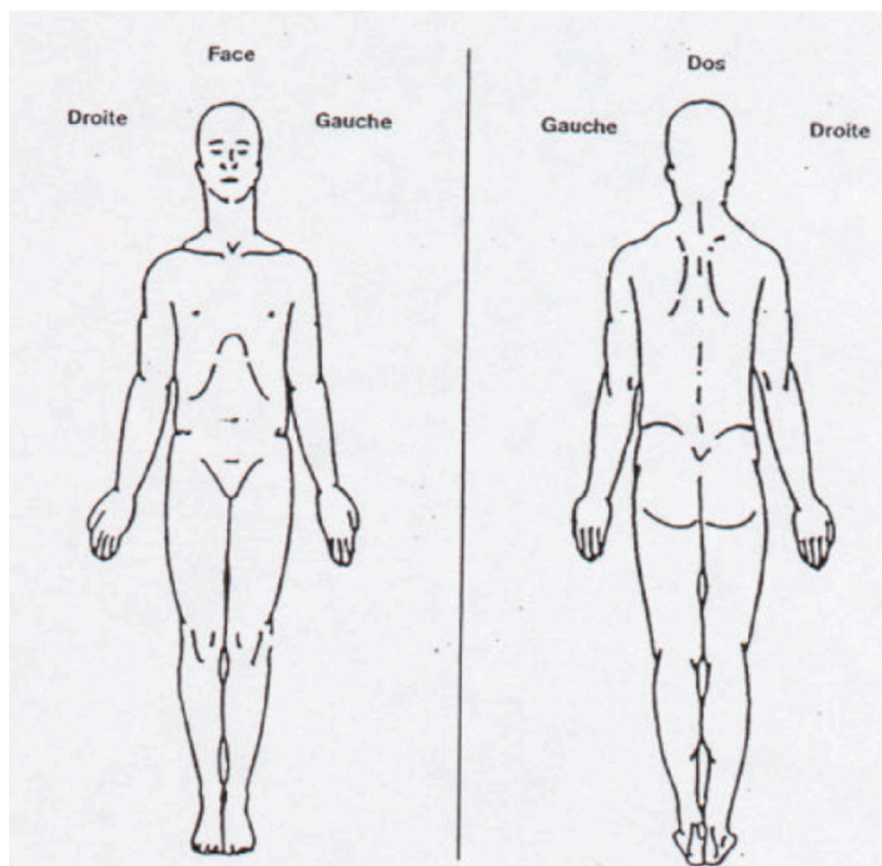
Autres suivis - Page 17

A.L.D. - Page 19 : CADRE RESERVE AUX MEDECINS Cette rubrique a pour but de retracer les demandes d'A.L.D. faites pour le patient, et leur acceptation ou non par la Caisse.

Démarches M.D.P.H. - Page 20 : Cette rubrique a pour but d'aider le patient à effectuer les démarches auprès de la M.D.P.H. si cela est nécessaire.

Décrire vos douleurs et leur impact

Situez vos zones douloureuses en les entourant sur les figures ci-dessous :



Veuillez préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent (non)	1 faible (un peu)	2 modéré	3 fort (beaucoup)	4 extrêmement fort
Elancements					
Pénétrante					
Décharges					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Précisez l'importance de vos douleurs en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleurs Au moment présent	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 extrêmement intense
Douleurs habituelles Depuis les 8 derniers jours	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les 8 derniers jours	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 extrêmement intense

Indiquer depuis combien de temps dure vos douleurs :

Souffrez-vous d'asthénie, faiblesse se caractérisant par une diminution du pouvoir de fonctionnement du corps (*de 0-asthénie très prononcé à 4-pas d'asthénie*), entourez le chiffre correspondant à votre état :

0 1 2 3 4

Mesurez l'impact des douleurs sur votre qualité de vie

(*impact plus ou moins élevée graduée de 0 - pas d'impact à 4 - impact très important*)

	0	1	2	3	4
1. Comportement					
2. Communication					
3. Locomotion					
4. Manipulation					
5. Soins Corporels					
6. Tâches domestiques					
7. Situations de dépendance					

1. Comportement : conscience de soi, orientation dans le temps et l'espace, sécurité personnelle, problèmes cognitifs, apprentissage, mémoire, participer à des activités professionnelles, personnelles, loisirs...

2. Communication : compréhension, élocution, écoute, vision

3. Locomotion : marcher, franchir des obstacles, monter les escaliers, courir, changer de position, se lever du lit, d'un fauteuil, se déplacer, manipuler des objets

4. Manipulation : la préhension, atteindre un objet, fonctionnement du membre supérieur, déplacer les objets

5. Soins corporels : continence, faire sa toilette, s'habiller, se nourrir

6. Tâches domestiques : prendre les transports, faire les courses, la cuisine, la vaisselle, le ménage...

7. Situations de dépendances : résistance physique, difficultés liées aux conditions climatiques, intolérance au bruit, intolérance à la lumière, intolérance aux contraintes du travail...

Décrire votre sommeil

SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

Avez-vous une Insomnie ?

Si oui, c'est une insomnie plutôt :

- d'endormissement
- de milieu de nuit
- de fin de nuit
- Sensation de ne pas dormir

Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ?

- Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?
- Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée ?.....
- Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) de la circulation ou de travail lié(s) à la somnolence ?
- Si oui, combien ?.....

Avez-vous un sommeil décalé ?

- Si oui, est-il : - Spontané.....
- Lié à un rythme imposé (3x8, travail de nuit...).....

Avez-vous d'autres troubles ?

- Somnambulisme.....
- Terreur nocturne.....
- Rêve d'angoisse (vous avez le souvenir d'un rêve angoissant)
- Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil).....
- Crise d'épilepsie au cours du sommeil.....
- Autres : précisez :.....

Mes troubles de sommeil ont débuté en ___ / ___ / ___ (jj/mm/aa)

Si vos troubles sont de très longue durée, précisez simplement le mois et/ ou l'année de début

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Situation Chance de s'endormir

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation : 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir, 1 = faible chance de s'endormir, 2 = chance moyenne de s'endormir, 3 = forte chance de s'endormir

Assis en train de lire	0	1	2	3	
En train de regarder la télévision	0	1	2	3	
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3	
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3	
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3	
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3	
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3	
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3	
					TOTAL

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation. Pour chaque item, merci de mettre une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

- Intensité des troubles du sommeil :

Ces troubles ne me gênent pas du tout	Ces troubles me gênent beaucoup
---------------------------------------	---------------------------------

- Qualité du sommeil :

Mon sommeil est mauvais	Mon sommeil est excellent
-------------------------	---------------------------

- Qualité de l'éveil pendant la journée :

Je suis somnolent(e) dans la journée	Je suis bien éveillé(e) dans la journée
--------------------------------------	---

INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE :

A ne compléter que si vous souffrez d'insomnie, encerclez le chiffre correspondant pour chacune des questions.

1. Merci d'estimer la SEVERITE actuelle de vos difficultés de sommeil :

Difficultés à s'endormir :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Problème de réveils trop tôt le matin :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

2. A quel point êtes-vous INSATISFAIT/ SATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Modérément satisfait	Très insatisfait
0	2	4

3. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFERENT avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...) ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. A quel point êtes vous INQUIET(E)/ PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE

	Oui	Non	Ne sait pas
Ronflez-vous et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous mal à la tête au réveil ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité ? (libido).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (nycturie)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir et vous obligent à vous relever ? (impatience des membres inférieures).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ? (secousses répétées).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? (paralysie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroites ou à des chutes ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce provoqué par une émotion ? (cataplexie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens ? (RGO).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous régulièrement des cauchemars ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

- Avez-vous connu une période dépressive ? Oui Non
- Avez-vous actuellement un traitement antidépresseur ? Oui Non

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes en faisant référence à votre état ces derniers jours :

En ce moment, ma vie me semble vide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis sans énergie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis obligée(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ce moment je suis triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent et m'intéressent....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai le cafard.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondez le plus spontanément possible aux questions qui suivent. Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

	Oui	Non
Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous souvent irritable ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes : Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HABITUDES DE SOMMEIL

Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ? entre
.....et.....

Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ? entre.....
...et.....

Une fois couché, généralement vous :

- éteignez de suite.....
- lisez au lit.....
- regardez la télévision.....
- autre :

Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? minutes

Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils :

Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :

Vers quelle heure vous couchez-vous en week-end et en vacances ?
Entre :.....h..... et.....h.....

Vers quelle heure vous levez-vous en week-end et en vacances :
Entre :.....h..... et.....h.....

Au réveil :

Votre réveil est-il spontané ?.....

Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?

- en forme et dispo.....
- encore fatigué et endormi.....
- mal à la tête.....
- autre :

Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?.....

Antécédents familiaux

Antécédents familiaux :

Examens complémentaires

Prises de sang : CRP, vitesse de sédimentation, hémogramme, ferritine, transaminases, calcémie, phosphorémie, facteurs rhumatoïdes, anticorps antinucléaires, anticorps antithyroïde, cryoglobulinémie, CPK, TSH

Dates :

--	--	--	--	--	--

Conclusions :

Radios | IRM des sacro-iliaques : (à renouveler au bout de 2 ans)

Dates :

--	--

Conclusions :

IRM du cerveau et de la moelle épinière : (à renouveler au bout de 5 ans)

Dates :

--	--

Conclusions :

Examens complémentaires

Hyperlaxité des articulations :

- hyperlaxité des genoux, hyperlaxité des chevilles, instabilité articulaire oui non

Hyperélasticité de la peau oui non

Fragilité vasculaire :

- ecchymoses cutanées oui non
 - épistaxis oui non
 - sang dans les selles oui non
 - anévrismes artériels oui non

Autres symptômes :

- reflux gastro-oesophagien oui non
 - constipation, douleurs abdominales oui non
 - dysurie oui non
 - dyspnée, blocages respiratoires oui non
 - hypoacousie, acouphènes oui non

EEG : (vérifier la présence d'ondes alpha en phase de sommeil lent profond)

Date :

Autres pathologies :

Autres examens pratiqués :

Allergies & Intolérances connues (molécules etc) :

Conclusions :

Orientation du Patient

Médecin traitant :

Centre d'Etudes et de Traitement de la Douleur :

Neurologue :

Rhumatologue :

Thérapie Comportementale et Cognitive :

Psychologue :

Psychiatre :

Kinésithérapeute :

Sophrologue :

Autres :

Prescriptions médicamenteuses

Cadre réservé au médecin

Prescription d'AINS : oui non
si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Prescription de Corticoïdes : oui non
si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Prescription d'Antalgiques : oui non
si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Prescription d'Antiepileptique : oui non
si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Prescription d'Antidépresseurs : oui non
si oui, remplir le tableau ci-dessous :

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Autres Prescription

Date	Molécule	Durée du traitement	Effets positifs (de 0 à 5)	Effets secondaires (de 0 à 5)

Ressenti Patient / Traitements médicamenteux

Dater et indiquer la molécule en rapport avec votre ressenti soyez le plus précis possible.

Suivi Psychologique & Thérapie Comportementale et Cognitive

Cadre réservé au médecin

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Autres suivis

Cadre réservé au médecin

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :

Date :

Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Spécialité :	Date :
Commentaires (si prescription il y a, merci de l'indiquer page 11 & 12) :	

Affection Longue Durée

Cadre réservé au médecin

ALD en cours :

Depuis le :

Demande d'A.L.D. Non exonérante : oui non

Date de la demande :

Réponse de la CPAM : favorable défavorable

Demande d'A.L.D. Exonérante : oui non

Date de la demande :

Type d'A.L.D. demandé : 30 31 32

Réponse de la CPAM : favorable défavorable

Pathologie(s), objet de la demande d'A.L.D. :

Protocole de soins :

Le certificat médical :

Le certificat médical est un formulaire de quatre pages à remplir par votre médecin. Il faut bien évidemment, y apporter le plus grand soin car il servira de pièce justificative à votre demande d'allocation.

Il faut être le plus précis, et détailler le plus possible les différents points du certificat médical, afin que la commission ait un maximum d'éléments en sa possession pour évaluer et attribuer votre taux d'incapacité.

Les différents points du certificat médical doivent être développés par votre médecin, en n'hésitant pas à ajouter à l'écrit des précisions au regard des coches à positionner sur le formulaire.

Vous pouvez joindre également au certificat médical, une copie de ce dossier, ainsi que les certificats médicaux sur papier libre rédigés par d'autres médecins qui vous suivent et qui peuvent attester de votre handicap (algologue, neurologue, psychiatre, rhumatologue etc.).

Le projet de vie :

Que vous fassiez une demande de, Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé, d'Allocation Adulte Handicapé etc, auprès de la M.D.P.H., vous devrez rédiger, dans le dossier demandé, votre projet de vie.

Le projet de vie vous permet de décrire avec vos propres mots ce que vous vivez au quotidien avec la maladie, vos difficultés, vos contraintes ainsi que les projets que vous aimeriez pouvoir réaliser et toutes les difficultés afférentes. La rédaction de ce projet de vie peut être fait avec l'assistance d'une tierce personne, médecin, assistante sociale etc. Celui doit être clair mais suffisamment développé pour permettre d'appréhender correctement vos difficultés.

Le guide barème permet au personnel de la MDPH qui va traiter votre dossier de fixer une fourchette de taux d'incapacité, il est donc important d'en tenir compte pour la rédaction de votre projet de vie.

Il y aura trois axes d'analyse :

- Déficience ,
- Incapacité,
- Désavantage.

Ces trois axes d'analyse peuvent être très différents d'une personne à l'autre, même si le handicap est lié à une même origine ou une même pathologie, de même, leur évolution peut être différente dans le temps. Les diagnostics médicaux ne permettent pas à eux seuls d'évaluer les conséquences d'une pathologie sur votre vie au sens large, ils sont cependant un élément important pour juger de l'évolution de votre état général.

Le guide barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis, en revanche, il indique des fourchettes de taux d'incapacité :

- forme légère : taux de 1 à 15%,
- forme modéré : taux de 20 à 45%,
- forme importante : taux de 50 à 75%,
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95%.

Ci-dessous, une liste non-exhaustive mais néanmoins fournie, des éléments pris en compte dans le guide barème, pouvant être mentionnés et développés dans votre projet de vie.

Ceux-ci sont à détailler également sur votre projet de vie concernant leur impact et l'évaluation de votre handicap. Ces points sont à développer afin que le lecteur de votre projet de vie puisse évaluer l'impact que ce soit sur votre vie de tous les jours mais également dans un cadre professionnel. Si vous ne travaillez pas (chômage, arrêt maladie etc.), il sera important de vous y projeter dans votre projet de vie pour pouvoir apprécier les difficultés auxquelles vous seriez confrontés dans ce contexte.

- douleurs et impact de celles-ci,
- troubles de l'appareil locomoteur (problèmes pour se déplacer, marcher, faire vos courses, le ménage, porter des objets etc.),
- fatigabilité,
- problèmes d'élocution,
- anxiété, angoisse,
- acouphènes, vertiges,
- photophobie,
- lenteur de la pensée,
- troubles dépressifs (réactionnels ou pas),
- troubles de l'humeur,
- troubles de la conscience et de la vigilance,
- troubles du jugement, du calcul mental,
- troubles de la mémoire,
- troubles de l'attention.

Comment remplir le formulaire :

Rubrique A à A9

Pour toutes les demandes, les rubriques A à A4 sont obligatoires.

Pour les seules demandes de cartes, ne pas remplir les rubriques A5 à A9.

A2 Adresse de l'adulte concerné - Indiquer le lieu de vie habituel de la personne, domicile ou établissement.

A4 Représentant légal - À remplir pour les adultes de + de 18 ans concernés par des mesures de protection. (cf. décision du juge des tutelles).

A5 Identification de l'organisme payeur des prestations familiales - Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH.

A6 Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande Si vous êtes en couple, précisez l'identité de la personne avec qui vous êtes marié ou non : pacs, concubinage, vie maritale.

A7 Situation professionnelle de l'adulte - Si vous êtes salarié, en apprentissage ou stagiaire, indiquez le nom et l'adresse de l'employeur (ou organisme de formation).

Rubrique B - Expression des attentes de la personne concernée – PROJET DE VIE

Dans cette rubrique vous exposez vos attentes, besoins et difficultés, qu'ils soient au niveau de votre domicile, de votre emploi, de vos loisirs... : cela permet à l'équipe Pluridisciplinaire de la MDPH d'évaluer vos besoins de compensation et de répondre au mieux.

Rubrique D - « Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social ».

Le parcours de scolarisation et/ou de formation du jeune ou de l'adulte en situation de handicap peut être mis en oeuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire. Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur différents types d'établissements. Centre de PréOrientation (CPO), Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) Foyer d'accueil médicalisé (FAM), de vie, occupationnel, d'hébergement, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)...

Rubrique G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse.

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non). L'affiliation est possible sous réserve de conditions de ressources et à condition de ne pas être affilié à un régime vieillesse à un autre titre.

Rubrique H - Demande d'Allocation Adultes Handicapés et son complément de ressources

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources. Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

Rubrique I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

Cette rubrique permet d'obtenir la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et une orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi),
- le milieu protégé – ESAT,
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement.

Rubrique K - Procédure simplifiée - La procédure simplifiée permet des délais d'instruction réduits entre le dépôt du dossier et la décision de la CDAPH.