

CTES - Commission Territoriale de l'Education Spécialisée

Tél : 40 46 27 14 - BP 20673 - 98716 Papeete

Site internet : ctes.education.pf

CERTIFICAT MEDICAL à destination de la C.T.E.S.

Document réédité en Mai 2024 en collaboration avec les médecins siégeant à la CTES, les médecins de l'UP et les médecins du CSS

A remplir par le médecin, à remettre directement au demandeur responsable de l'enfant ou à adresser sous pli confidentiel à la CTES en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (arrêté 270/CM du 12 mars 1996) et dans le respect du secret médical auquel sont astreints l'équipe technique, l'ensemble du service et les membres de la CTES (art.378 du code pénal)

Merci de nous fournir les documents essentiels attestant des déficiences de l'enfant pour limiter les délais de prise en charge.

<p>• ENFANT pour lequel la demande est formulée</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Né(e) le : ___/___/___ Sexe : F M</p> <p>Régime CPS - DN _____</p> <p>Entourer RGS RSPF RNS SS</p> <p>Autre régime (précisez)</p> <p>Etablissement fréquenté</p> <p>Classe suivie</p> <p>Domicile habituel de l'enfant (chez qui ?) :</p> <p>Boite Postale _____ Commune</p> <p>Code Postal _____ Ile</p>	<p>• PARENT OU TUTEUR responsable de l'enfant</p> <p>Responsable légal 1 :</p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Né(e) le ___/___/___ Sexe : F M</p> <p>Adresse :</p> <p>BP :</p> <p>Tél. _____ Mail</p> <p>Responsable légal 2</p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Né(e) le ___/___/___ Sexe : F M</p> <p>Adresse :</p> <p>BP :</p> <p>Tél. _____ Mail</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

• Demande(s) destinée(s) à la C.T.E.S :

Etablissement spécialisé

- IME *Institut Médico Educatif*
- ITEP *Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique*
- CHM *Centre pour Handicap Moteur*
- Autre :

Etablissement scolaire

- ULIS
- Suivi ESID *Enseignant Spécialisé Itinérant Option D (Cognitif et Psychique)*
- Suivi ESIA *Enseignant Spécialisé Itinérant Option A (Audition)*
- Suivi ESIB *Enseignant Spécialisé Itinérant Option B (Vision)*
- Suivi SESSAD *Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile*
- AEESH (ex. AVS) : *Agent d'Education pour Elèves en Situation de Handicap*

Aide matérielle

- ASH : *Allocation Spéciale pour Handicapés*
- AC 1 : *Allocation Compensatrice 1ère catégorie*
- AC 2 : *Allocation Compensatrice 2ème catégorie*
- CPMR : *Carte pour personne à mobilité réduite*
- CIPF : *Carte d'Invalidité Polynésie Française :*
 - Mention TP - Tierce Personne
 - Mention PMR - Personne à mobilité réduite
 - Mention Cécité
 - Mention Surdité
 - Mention Surdité Tierce Personne
 - Mention Surdité à Mobilité Réduite
- CSPH : *Carte de Stationnement pour Personne Handicapée*

• Diagnostic de la ou des pathologies invalidantes : JOINDRE LE BILAN ÉTIOLOGIQUE

.....
.....
.....
Age gestationnel (SA) _____ Score d'APGAR _____ Poids à la naissance _____ en grammes
Si souffrance périnatale (préciser) :
.....
N'OUBLIEZ PAS => Poids actuel _____ kg Taille _____ cm **Si pathologique : IMC _____**

• Retentissement scolaire, familial, social : à remplir impérativement

.....
.....
.....
 Jamais de scolarisation Scolarisation à temps partiel Scolarisation à domicile
 Déscolarisé Précisez : Précisez :
 Scolarisation à temps plein Scolarisé à l'hôpital

• Les Déficiences Mentales ou Cognitives évaluées par Bilan Psychométrique

L'enfant ou l'adolescent est-il déficient intellectuel ? Si oui :
 Taux < 50% : incapacité modérée n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.
 Taux de 50 et 80% : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.
 Taux égal ou > 80% : incapacité majeure entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.
.....
.....
.....
.....

• Les déficiences pédo psychiatriques et comportementales :

Capacités relationnelles :
.....
Comportement :
.....
Communication:
.....
Conduite et actes élémentaires dans la vie quotidienne:
.....
Capacité générale d'autonomie et de socialisation :
.....
Autres :
.....
.....

• Les Déficiences liées à l'Épilepsie : JOINDRE LE BILAN NEUROLOGIQUE

Type d'épilepsie

- Généralisée
- Partielle
- Idiopathique
- Pathologie cérébrale - Précisez

Fréquence des crises : (précisez)

Pluri hebdomadaire - Pluri mensuelle - Pluri annuelle

Stabilisée : (rayer) OUI NON

Traitement en cours : OUI NON

Si OUI, lequel :

• Les Déficits Sensoriels : JOINDRE LE BILAN ORL OU/ET OPH

DEFICIENCES DE L'AUDITION

DEFICIENCES DE LA VISION

Étiologie :

Étiologie :

- Surdité de Transmission
- Surdité de Perception
- Surdité Mixte

ACUTE VISUELLE après correction

de loin Ech. de Monoyer) OD ___/10 OG ___/10

de près Ech. de Parigaud OD ___/10 OG ___/10

- Cécité complète : V = 0
- Quasi cécité : V centrale = < 1/20 V périph. < 20%

AUDIOMETRIE hors appareillage

OD - __dB OG - __dB

Autres déficiences :

- Appareill  OUI NON
- Implants cochléaires
- Acouphènes, vertiges, autres handicap
-

- Déficiences du champ visuel
- Déficiences de l'oculo-motricité
- Autres troubles neuro-ophtalmiques
- Aphakies
- Déficiences des annexes de l'oeil

• Les Déficiences Viscérales et Générales : JOINDRE LES BILANS SPÉCIALISÉS

Maladies cardio, c r br, esth tiq, g n tiq, hémato, m tabol, neurol, oncolog, orthopéd, pulmon, urog nit, etc.

• Diagnostic et retentissement scolaire, familial, social

- Troubles légers** : sans incapacité réelle constatée dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne
- Troubles d'importance moyenne** : entraînant des interdits et des signes d'incapacité fonctionnelle permettant le maintien de l'autonomie individuelle et de l'insertion dans une vie sociale, scolaire dans les limites de la normale
- Troubles importants** : obligeant   des aménagements de la vie quotidienne et nécessitant des aides ou efforts particuliers pour l'insertion ou le maintien dans une vie sociale, scolaire dans les limites de la normale.
- Troubles majeurs** : responsables d'une incapacité sub-totale ou végétative

• Traitements - R educations : JOINDRE LES BILANS

Traitement médicamenteux en cours

Sinon, en a-t-il besoin ? O-Oui O-Non

Date de début _____

Suivi médical spécialisé (  préciser)

Nature

Suivi paramédical

- Orthophonie
- Psychologie

- Ergothérapie
- Kinésithérapie
- Psychomotricité

Orthoptiste

Si pas de r education, en a-t-il besoin : OUI NON

• Bilan d'autonomie : Aidez-vous de la grille d'évaluation ci-dessous

A	B	C	D	NSP			
<i>Réalisé sans difficulté et sans aucune aide</i>	<i>Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine</i>	<i>Réalisé avec aide humaine directe ou stimulation</i>	<i>Non réalisé</i>	<i>Ne se prononce pas</i>			
Communication			A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (parler, se faire comprendre)							
Utiliser le téléphone							
Utiliser un ordinateur							
Gérer sa sécurité personnelle							
Maîtriser son comportement							
Mobilité, motricité			A	B	C	D	NSP
Se déplacer à l'intérieur							
Se déplacer à l'extérieur							
Se repérer dans les lieux et la journée							
Toilette et hygiène corporelle							
Se nourrir seul							
Continence urinaire							
Continence fécale							

- Déplacement : périmètre de marche :** _____ mètres **Station debout pénible** OUI NON (rayer)
- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cannes | <input type="checkbox"/> Couches |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire |
| <input type="checkbox"/> Orthèses | <input type="checkbox"/> Stomie |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Besoin de tierce personne intermittente |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Besoin de tierce personne en permanence |

• Conclusion Médicale : Taux d'IPP proposé (facultatif) _____ %

- | | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| Origine et circonstances d'apparition : | Aptitude à travailler : | Capacités et aptitudes : |
| <input type="checkbox"/> CGT : Congénitale | <input type="checkbox"/> En milieu ordinaire | <input type="checkbox"/> En régression |
| <input type="checkbox"/> NN : Néonatale | <input type="checkbox"/> En atelier protégé | <input type="checkbox"/> En amélioration |
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Inapte à travailler | <input type="checkbox"/> Stable |
| <input type="checkbox"/> Traumatique | | <input type="checkbox"/> Fixées |
| <input type="checkbox"/> APE Acquis de Petite Enfance | | |
| <input type="checkbox"/> TND Trouble Neuro Développemental | | |

Avis médical et projet(s) médico-éducatif(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Tampon du médecin (lisible) + signature :