

**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

E-mail : [cotorep.dsfe@solidarite.gov.pf](mailto:cotorep.dsfe@solidarite.gov.pf)

BP 1707 – 98 713 PAPEETE

☎ 40 46 58 46 - ☎ 40 46 58 40

**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 d'usage : .....Prénom..... Date de naissance : ...../...../.... Sexe : F  M 

(Jour mois année)

Adresse détaillée complète : .....

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

Téléphone : ..... Portable : ..... Mail : .....

Y a-t-il une **mesure de protection judiciaire** ? oui  non  Laquelle : ..... Qui : .....**Demande(s) de la personne concernée**  **( à cocher obligatoirement )**

- Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé  **A**  **B**  **C**
- Allocation Adulte Handicapé
- Allocation Compensatrice de perte d'autonomie : AC1  AC2
- Carte d'Invalidité de Polynésie Française (CIPF)
- Carte Personne à Mobilité Réduite (CPMR)
- Carte de stationnement pour personnes handicapées (CSPPH)
- Association : 1<sup>er</sup> choix : ..... 2<sup>ème</sup> choix : ..... Entrée  Maintien

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 l'ensemble des 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**

l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la COTOREP sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal)

Le médecin de la COTOREP

**MERCI DE REMPLIR LISIBLEMENT****MOTIF(s) de la DEMANDE**

Description de la pathologie.....

Autres pathologies éventuelles : .....

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité) : .....

POIDS.....TAILLE..... IMC : ..... Latéralité : Droite  Gauche

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

## DEFICIENCE NEUROPSYCHIQUE

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

### ☛ **Déficiência Intellectuelle : Lors de la première demande préciser le QI (quotient intellectuel)**

Déficiência Mentale :  oui  non .. ..... si oui, Précisez Déficiencia  légère  Moyenne  Sévère

Niveau scolaire.....

Illettré  .....Analphabète

Aptitudes pratiques  Préciser.....

### ☛ **Déficiência liée aux troubles du psychisme**

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

Symptôme psychotique : ...(préciser).....

Symptôme thymique : ...(préciser).....

Personnalité pathologique (psychopathie) : ...(préciser).....

Compatible avec les actes de la vie  oui  non

Addictions: ..... Alcool  Paka  Autres  Préciser.....

Autres, descriptions et retentissements du trouble : (préciser : social, communication, comportement, familiale, etc.)

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

**Epilepsie** : Type : .....Fréquence des crises sous traitement: ... / Jour ... / Sem / Mois

Autres : .....

## 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 (FEVG), les incapacité dans l'emploi et pour les actes de la vie journalière,

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,

Signes fonctionnels : .....

Angor / Dyspnée de repos  Angor / Dyspnée d'effort  stade.....

Tension artérielle : ...../..... FE /... ..%

Périmètre de marche :  < 10 mètres

limité à un étage

supérieur à deux étages

Fréquence des décompensations : .....VNI  Oxygénothérapie  Autre appareillage :..... ;

VEMS sous traitement : .....%

Pa O2 au repos : .....mm d'Hg

Trachéotomie :  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

### ☛ **Déficiência 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

Implant cochléaire : Droit  Gauche

Etiologie ..... Surdité familiale

Acouphènes  Fréquence :..... Vertiges  Fréquence :.....

**TROUBLES DU LANGAGE** associés aux troubles auditifs OUI  NON

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

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

### **TROUBLES VISUELS**

Type de cécité :  Unilatérale  Bilatérale  Totale  Partielle

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

Autre anomalie Visuelle.....

Nystagmus  Diplopie  Hémianopsie  Anomalie du Champ visuel :.....

Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est :  Possible  Impossible

**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 : préciser le nombre de crises, le nombre d'articulations lésées ainsi que le nombre de jour d'arrêt de travail/an

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

Alzheimer  Parkinson  Affection neuro-musculaire  Affection neuro-dégénérative **Nature** :  Parésie  Paralysie  Ankylose  Amputation  Incoordination  Déformation  Autres .....

Localisation : .....

Origine des lésions  Neurologique  Traumatique  Rhumatismale  Métabolique  Vasculaire  InfectieuseCoté dominant :  Droit  GaucheTrouble du tonus :  Mouvements anormaux  Troubles de l'équilibre  Troubles sensitifs associés Douleur fréquente  Douleur permanente  Neuropathiques **Consolidé** OUI  NON Appareillage : Type : ..... Tolérance :  Bonne  Mauvaise**Périmètre de marche** : .....mètres Station debout pénible : Déplacement : avec canne  Déambulateur  Fauteuil roulant Manuel  Fauteuil roulant Électrique Besoin d'accompagnement pour déplacements extérieurs :  oui  non Permanent  Occasionnel Incontinence urinaire :  Diurne  Nocturne Sonde  Autosondage  Hétérosondage  Couche Incontinence fécale :  partielle  permanente Mode de drainage : .....**AUTRE(s) DEFICIENCE(s) : fonction urinaire , métabolique , digestive , esthétique**Pour l'insuffisance rénale, préciser la **clearance à la créatinine** pour l'insuffisance hépatique, préciser le degré d'insuffisance hépatique, biologique et fonctionnelle (insuffisance portale) pour le diabète et les autres pathologies de surcharges préciser leur retentissement sur chaque appareilType & nature :  Diabète  Obésité / IMC : .....  Goutte Insuffisance rénale Stade : ..... Clearance : .....  Insuffisance hépatique Anomalie thyroïdienne  Insuffisance surrénale  Problème métabolique autre (Préciser).....Stomie :  Type : .....

Autres signes cliniques : .....

Hémodialyse  Dialyse Péritonéale  Fréquence hebdomadaire : .....**Traitement(s) ( médicamenteux, chirurgicaux)**La personne a-t-elle besoin d'un traitement permanent :  oui  non

Nature : .....

Tolérance :  Bonne  Mauvaise **Régularité des prises** :  oui  non  Entravant la vie de tous les joursFréquence des hospitalisations ..... nécessité de rééducations spécialisées  oui  nonUne rééducation fonctionnelle est-elle possible :  oui  nonDe quel type : Kiné  Ergo  Orthophonie  Psychomotricité  Autre : .....Le traitement est-il compatible avec le maintien d'une activité professionnelle ? :  oui  nonUne amélioration par traitement médical ou chirurgical est :  Possible  Impossible Lequel : .....**SURVEILLANCE**Une surveillance, autre que médicale est-elle nécessaire ?  oui  non...Précisez  constante  quotidienne mais discontinue**TRAVAIL : A remplir précisément, notamment sur les aptitudes**Situation professionnelle actuelle : Sans  En Arrêt Maladie  En activité  En invalidité 

Si la personne est en situation professionnelle, quelle est son activité ? ..... son employeur ? .....

Sinon et s'il a cessé une activité antérieure ,pourquoi a t elle été arrêtée ? .....

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

**Aptitude à travailler** :  Apte : Milieu ordinaire  Atelier Protégé  Entreprise Adaptée  ESAT  Inapte à travailler : A tout poste de travail  A un poste de travail particulier  .....

Pour une inaptitude au poste de travail (préciser) : .....

**Proposition d'aménagement des conditions de travail** : .....**Proposition d'Activités occupationnelles** : .....

**AUTONOMIE RELATIVE AUX ACTES COURANTS DE VIE QUOTIDIENNE****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 )

<b>LA PERSONNE PEUT</b>	<b>Compléter par</b>			
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Faire seule les démarches administratives simples, dans les délais impartis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer seule ses propres affaires, son budget, ses biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer seule des règlements en espèces <input type="checkbox"/> par chèque <input type="checkbox"/> Par carte bancaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des achats seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers (Met le couvert, range ;entretien du linge, nettoyer )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer des repas (Sans avoir à lui dire pour tous les repas tous les jours )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire et manger les aliments préparés (se sert seule et mange seule )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire et manger les aliments préparés (Mange seule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser seule les moyens de communications : téléphone <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre et ou commander seule un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre et prendre son traitement seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler et Converser : comprend une consigne et y répond : langage courant <input type="checkbox"/> Signe <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir utiliser les moyens de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comporter de manière adaptée en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander des renseignements pour trouver l'aide dont elle a besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicile Adapté oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Salle de bain adaptée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Se déplacer seul à l'intérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer seul à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter seule un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser seule, les transports en commun non spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire seul ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait exprimer sa douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille seule Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille seule Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait seule sa toilette et assumer l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait seule sa toilette et assumer l'hygiène corporelle (Douche pieds laver le dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer seule son hygiène dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (Etre propre sur soi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer à une activité sociale (sport, culture, loisirs )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer à la vie de la maison (ramasse les feuilles, jardine )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONCLUSION****Origine du handicap :** CongénitalSi acquis :  Acquis depuis le...../...../..... Accident Domestique  AVP  Accident de travail  Accident de loisir  Accident de sport Maladie Autre : .....**Capacités & Aptitudes :**  en régression  en amélioration  stables  fixées **Caractère :** Définitif  Provisoire 

Signature et cachet du médecin

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