

Certificat médical

A joindre à une demande d'adhésion
pour le service Handibus de la S.I.B.R.A

Cadre réservé à la commission
d'attribution

N° dossier :

Date de la commission:/...../.....

Décision : Accord Refus

N° de carte :

Admission jusqu'au :

Handibus est un service de transport à la demande spécifique du réseau SIBRA, réservé à des déplacements occasionnels. Il a vocation à assurer les déplacements des personnes à mobilité réduite du fait d'un handicap moteur et/ou visuel qui sont dans l'incapacité physique d'utiliser les transports collectifs de voyageurs de la SIBRA dans des conditions d'accès et de sécurité satisfaisantes.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents, complémentaires sont à remettre à votre patient pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande d'inscription au service Handibus de la SIBRA. Le médecin référent de la commission d'attribution sera le seul habilité à prendre connaissance de ce dossier

Il est destiné à la commission d'attribution Handibus qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement moteur et/ou visuel.

Nous vous recommandons de conserver une copie du présent document .

Le médecin référent de la commission d'attribution est à votre disposition pour toute précision.

Partie à remplir par le patient

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Téléphone et/ou mail :
Adresse :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande pour le service Handibus ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés et sont utiles pour l'appréciation du médecin de la commission, vous pouvez en joindre une photocopie.

1. Pathologie visuelle ou motrice motivant la demande

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteur de gravité ...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstance d'apparition :

Congénital Maladie

Accident

Date d'apparition :

A la naissance Depuis moins d'un an

Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

3. Description clinique actuelle

Poids :

Taille :

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanent

Régulier
> 15 j/mois

Ponctuel
15 j/mois

Précisions :

Perspectives d'évolution globale :

Stabilité Incapacité fluctuante

Aggravation Evolutivité majeure

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Non définie

4. Déficiences visuelles

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction : Œil droit Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? Oui Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale ? Oui Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? Oui Non (préciser)

Autres signes cliniques : (préciser)

- | | |
|---|---|
| • Nystagmus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Cécité nocturne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Diplopie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Présence d'hallucinoses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Photophobie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Évolution prévisible des troubles : amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique

• Difficultés dans : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

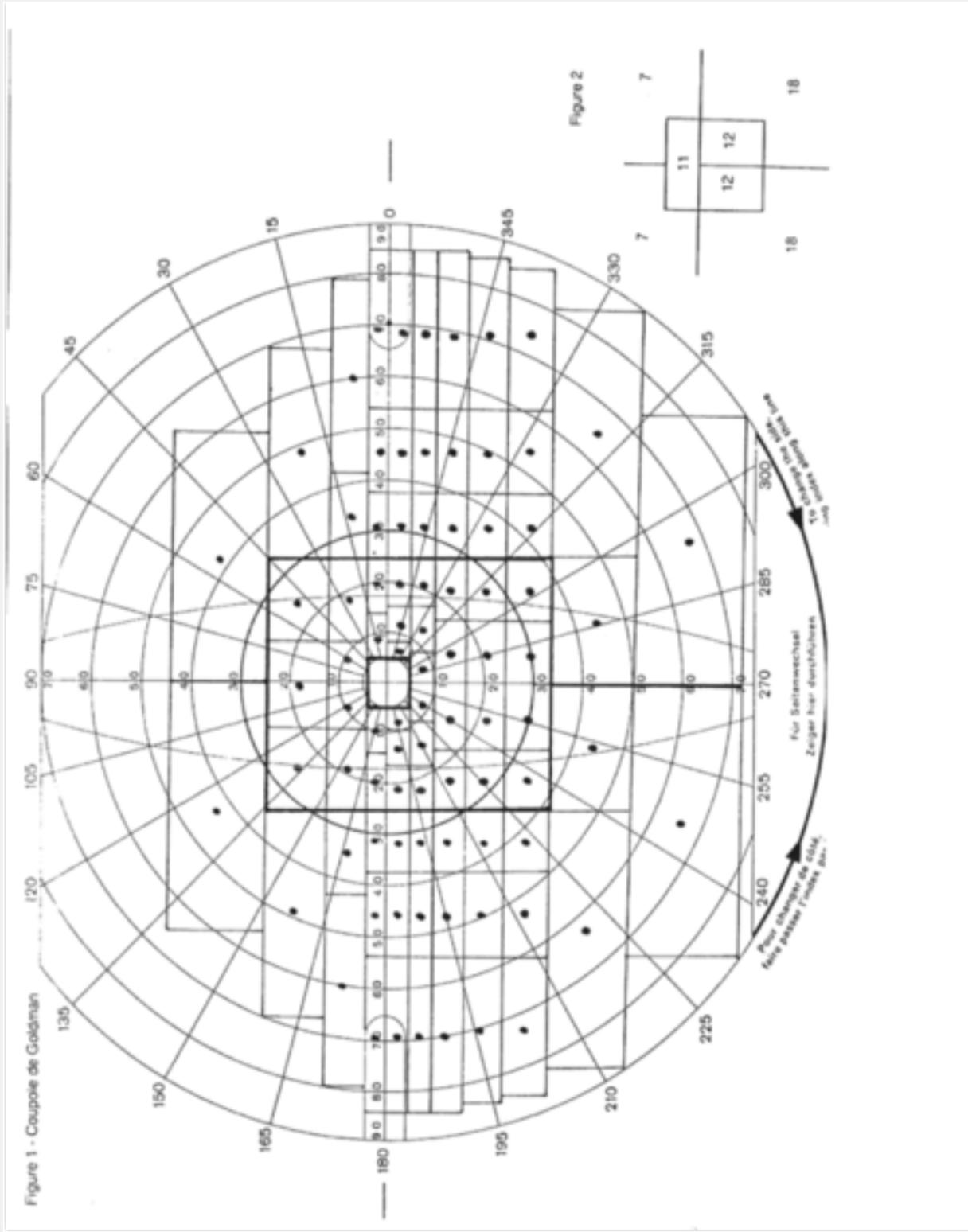
• Nécessité d'aides techniques spécialisées? (optique, canne blanche, autres...) Oui Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? Oui Non

• Autres difficultés :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne. Préciser dans chaque cas la fréquence et la durée.

Classes thérapeutiques ou noms des médicaments :

Effets secondaires ou traitements :

Autres contraintes si connues :

Autre prise en charge concernant les soins :

Hospitalisations itératives
ou programmées

Suivi médical régulier

Fréquence :

Précisions:

Aide à la mobilité :

Déambulateur

Canne

Fauteuil roulant ou électrique

Autre, préciser

Aides respiratoires :

Trachéotomie

O2

Appareillage de ventilation (préciser)

6. Retentissement fonctionnel

Déplacement : Périmètre de marche

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : Oui Non

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :



Réalisé sans difficulté et sans aucune aide



Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine



Réalisé avec aide humaine : directe ou simulation



Non réalisé



Ne se prononce pas



1. MOBILITE - Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se déplacer à l'extérieur

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Motricité fine

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. COMMUNICATION

Communiquer avec les autres

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Utiliser le téléphone

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. CAPACITÉ COGNITIVE

Orientation dans le temps

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Orientation dans l'espace

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gestion de la sécurité personnelle

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Maîtrise du comportement

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Précisions, indiquer les atteintes sur le plan cognitif :

7. Coordonnées et signature du médecin

Docteur

Médecin traitant Oui Non

Adresse postale :

E-mail :

Téléphone :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le

Fait à :

Signature médecin :

