

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**Destiné au Médecin Départemental**  
**(à transmettre sous pli confidentiel)**



**Accueil familial pour personnes en situation de handicap**  
**et/ou personnes âgées**

Votre patient a fait une **demande d'orientation en accueil familial** au Département d'Ille-et-Vilaine.  
Pour étudier cette demande, **votre collaboration est indispensable.**

**Etat civil de la personne concernée par le projet d'accueil**

Nom et prénom de la personne concernée par le projet d'accueil :

.....

Date de naissance : .....

Médecin généraliste référent et coordonnées : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Médecin spécialiste et coordonnées : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Antécédents**

Médicaux : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Chirurgicaux : .....

.....

.....

.....

.....

## Diagnostic précis

du handicap (à l'origine de la demande), symptômes particuliers, **date d'apparition**, caractère chronique ou évolutif, **dates d'hospitalisation récentes**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Origine du handicap

♣ Maladie   ♣ Congénitale   ♣ Professionnelle   ♣ Accidentelle  
♣ accident du travail : date ..... / ..... / .....   ♣ autre : ..... date ..... / ..... / .....

## Examen médical

Etat général : ..... Poids (kg) : ..... Taille (m) : .....

## Etat psychique

Troubles cognitifs, consultation mémoire : .....  
.....  
.....

Remarques sur le comportement : .....  
.....  
.....

Une surveillance constante doit-elle être exercée ?   ♣ oui   ♣ non

Suivi CMP :                      ♣ oui   ♣ non      Référent : .....

Ce suivi sera-t-il poursuivi ?   ♣ oui   ♣ non

## Mobilité

Limitation des amplitudes articulaires : .....

La station debout est-elle :   ♣ non pénible   ♣ pénible   ♣ impossible

Aides techniques :   ♣ prothèses   ♣ cannes   ♣ fauteuil roulant   ♣ déambulateur

S'il est en fauteuil roulant, l'intéressé(e) effectue-t-il ses transferts seul(e) ? ♣ oui ♣ non

## Addiction

♣ Alcool   ♣ Tabac   ♣ Autres : .....

.....

## Traitements en cours

.....

.....

.....

.....

.....

## Aides humaines

♣ Infirmier libéral   ♣ SSIAD   ♣ Kinésithérapeute   ♣ Orthophoniste

♣ Autres : .....

## Observations particulières du médecin examinateur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Avis du médecin sur l'orientation en accueil familial :

♣ Favorable   ♣ Défavorable

À ....., le .... / .... / .....

Signature du médecin :

Cachet :

**Avis du médecin départemental sur l'orientation en accueil familial de :**

M/Mme : .....

Né(e) le .... / .... / .....

♣ Avis favorable    ♣ Avis défavorable

À ....., le .... / .... / .....    Signature du médecin :

Cachet :

**Certificat médical à adresser (sous pli confidentiel)  
à l'attention du médecin départemental :**

**Pôle Solidarité - Direction Personnes âgées / Personnes handicapées  
Service Actions médico-sociales**