

Commission Territoriale de l'Éducation Spéciale  
 Tel: 40 46 27 14 - Fax: 40 46 27 90  
 BP: 20673 - 98713 Papeete

# CERTIFICAT MEDICAL C.T.E.S

( à remplir obligatoirement par le médecin)

## Etat Civil du demandeur responsable de l'enfant ➡ ( à remplir obligatoirement)

Nom.....S'il y a lieu, Nom de Jeune Fille.....  
 Prénom..... Date de naissance : ...../...../... Sexe : F  M   
 (Jour mois année)  
 Adresse détaillée complète : .....  
 Boite postale ..... Commune..... Ile ..... Code Postal : .....  
 Téléphone : ..... Fax : ..... Archipel.....  
 Parenté avec l'enfant : .....

## Enfant pour lequel la demande est formulée ➡ ( à remplir obligatoirement)

Régime de couverture sociale : RGS  RST  RNS  RSS  Autre  Précisez : .....  
 Numéro de DN : .....

Nom.....S'il y a lieu, Nom de Jeune Fille.....  
 Prénom..... Date de naissance : ...../...../... Sexe : F  M   
 (Jour mois année)

Adresse détaillée complète (si différente de celle du dessus) : .....  
 Boite postale ..... Commune..... Ile ..... Archipel ..... Code Postal : .....  
 Téléphone : ..... Fax : .....  
 Commune de naissance : ..... Enfant Faamu : oui / non

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté.....  
 Classe suivie : .....

## Demande(s) destinée(s) à la C.T.E.S ➡ ( à cocher obligatoirement)

- Demandes :  **Demande d'orientation**
- |   |   |                             |                              |   |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CEDOP                            | <input type="checkbox"/> IME                      | <input type="checkbox"/> IR | <input type="checkbox"/> CHM | <input type="checkbox"/> Allocation Spéciale Handicapé                |
| <input type="checkbox"/> CLIS                             | <input type="checkbox"/> Etablissement spécialisé |                             |                              | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice 1 <sup>er</sup> Cat |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez laquelle : ..... |   |                             |                              | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice 2eme Cat            |
|   |   |                             |                              | <input type="checkbox"/> Plaque PMR                                   |
| <input type="checkbox"/> Tiers temps                      | <input type="checkbox"/> Auxiliaire d'intégration |                             |                              | <input type="checkbox"/> Carte Territoriale d'Invalidité (CTI)        |
|   |   |                             |                              | <input type="checkbox"/> Tiers personne                               |

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 au demandeur **sous pli confidentiel ce certificat médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande. Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la CTES sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal). En vous priant de m'excuser de vous imposer cette démarche et en vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes salutations.

Dr Vincent DUPONT

**MOTIF(s) de la DEMANDE**

☛ Description de la déficience : .....

.....

.....

..... POIDS (en Kg).....TAILLE (en cm).....

## ☛ Antécédents personnels :

Poids de naissance.....Age gestationnel..... Souffrance Fœtale Aiguë oui non

Age de la marche :.....Acquisition de la propreté :.....Acquisition du langage :.....

☛ Cursus Scolaire :  Normal /  En retard : Classe à N0.....à N-1.....

.....à N-2.....à N-3.....

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

**DEFICIENCE(S) NEUROPSYCHIQUE(S)**

☛ Joindre le dernier compte rendu du spécialiste (psychiatre / pédopsychiatre / 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

**Déficience Intellectuelle**

Retard intellectuel:  oui  non .. si oui, Déficience  légère  Moyenne  Sévère

.....

..... QI ou âge mental:.....

**Déficience liée aux troubles du comportement**

Etat psychotique :  oui  non.....à prédominance productive (délire, hallucination) .  oui  non

à prédominance déficitaire (apragmatisme, autisme)  oui  non

Personnalité pathologique (psychopathie):  oui  non....Compatible avec une scolarisation  oui  non

Autres, descriptions et retentissements du trouble :.....

**Déficience d'origine neurologique**

Epilepsie : Type : .....Fréquence des crises sous traitement: .....

Autres : .....

**DEFICIENCE(S) DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE**

☛ Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, EFR, gaz du Sang, hémocrite, saturation en O2 au repos –

Signes fonctionnels :  Angor / Dyspnée de repos  Angor / Dyspnée d'effort stade.....

Périmètre de marche :  < 10 mètres  limité à un étage  supérieur à deux étages

Fréquence des décompensations : .....Oxygénothérapie :  oui  non

VEMS sous traitement : .....% Pa O2 au repos : .....mm d'Hg Trachéostomie :  oui  non

**DEFICIENCE (s) SENSORIELLE (s)**

• En fonction de la déficience joindre un audiogramme récent, OD -OG sans appareillage, le dernier compte rendu ORL / orthophonique, un certificat ophtalmologique de mois de trois mois, précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque œil de près (ainsi qu'un champ binoculaire si utile)

**Déficience de l'audition, du langage et de la parole**

Surdité :  Transmission  Perception  Mixte  autre

Audiométrie avant appareillage : - Oreille Droite.....dB - Oreille Gauche.....dB.

Appareillage possible :  oui  non Appareill  :  oui  non

Troubles associés : .....

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

En cas de mutité, une communication est-elle possible ?  oui  non

Si oui de quel type.....

**Déficience de la vision**

Type de cécité :  Unilatérale  Bilatérale  Totale  Partielle

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

Une amélioration par traitement médical ou chirurgical est :  Possible  Impossible

**DEFICIENCE(S) LOCOMOTRICE (S)**

• joindre résultats des radios, scanners, CR opératoire ...

Nature :  Parésie  Paralysie  Ankylose  Amputation  Incoordination  Déformation

Autres .....

Coté dominant :  Droit  Gauche

Description et localisation : .....

Périmètre de marche :.....mètres

Station debout pénible :  oui  non

Appareillage :  oui  non

Tolérance :  Bonne  Mauvaise

Déplacement : avec canne  oui  non

En fauteuil roulant :  oui  non

**AUTRE(S) DEFICIENCE(S) : fonction urinaire , métabolique , digestive, esthétique...**

Type & nature : .....

Incontinence :  Diurne  Nocturne

Sonde :  oui  non

Couche :  oui  non

Incontinence fécale :  partielle  permanente

Autres signes cliniques:.....

Dialyse  oui  non

Fréquence hebdomadaire.....

**NATURE des SOINS – CONTRAINTES - TOLERANCE**

L'enfant a-t-il un traitement médicamenteux permanent en cours :  oui  non : en aurait-il besoin ? :  oui  non  
 Nature.....

Tolérance:  Bonne  Mauvaise  Entravant la vie de tous les jours

L'enfant bénéficie-t-il d'une ou de rééducations spécialisées  oui  non : en nécessite-t-il ? :  oui  non  
 Type(s) , fréquence(s) et lieu(x) d'intervention.....

La nature de la prise en charge est-elle compatible avec le maintien en milieu scolaire ordinaire ? :  oui  non

**AUTONOMIE ➔ à évaluer par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient .**

**Bilan**

- A : fait seul totalement, habituellement, correctement
  - B : fait partiellement, non habituellement, non correctement ou doit être sollicité
  - C : ne fait pas ou ne peut pas accomplir
  - D : inappréciable compte tenu de l'âge (< 18 mois)
- Compléter par A/ B/C/D

Se déplacer à l'extérieur	
Se déplacer à l'intérieur	
Utiliser seul, les transports en commun non spécialisés	
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Parler, Converser ou Communiquer oralement	
Se comporter de façon logique et sensée	
Faire sa toilette et assumer l'hygiène corporelle	
S'asseoir, se lever, se coucher	
S'habiller, se déshabiller, mettre son appareillage	
Contrôler ou assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Contrôler ou assumer l'hygiène de l'élimination fécale	
Boire et manger les aliments préparés	

L'aide par une tiers personne est-elle nécessaire ?  oui  non .....de manière  constante  quotidienne mais discontinue

**RETENTISSEMENT des DIFFICULTES de l'enfant sur sa scolarisation**

Situation scolaire actuelle : Déscolarisation  Eviction temporaire  Scolarisation adaptée  inadaptée   
 Non scolarisation  Jamais de scolarisation

Mesure(s) d'éducation et d'orientation souhaitable(s):.....  
 .....  
 ..... Mise sous Tutelle proposée :  oui /  non

Pour les adolescents :

Aptitude à travailler en  Milieu ordinaire  Atelier Protégé,  Centre d'Aide par le Travail,  Inapte à travailler...

**CONCLUSION**

**Origine du handicap :**  Congénital  Acquis depuis le...../...../.....

Si acquis :  Accident Domestique  AVP  Maladie  Accident de travail  Autre : .....

**Capacités & Aptitudes :**  en régression  en amélioration  stables  fixées **Taux IPP proposé :** %

**Appréciation générale médicale et projet(s) médico-éducatif(s):**.....  
 .....  
 .....

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

Signature et cachet du médecin