

Février 2016

FICHE D'ÉVALUATION MEDICALE

à faire remplir par le neurologue ou le médecin traitant
en complément du Certificat Médical CERFA pour une demande à votre MDPH/MDA

1. Etat civil

Nom Prénom

Né(e) le

2. Description des crises

Type(s) de crises :
.....

Fréquence des crises :
.....

État de mal : Oui Non

Crises en séries: Oui Non

Horaires des crises :
(nocturnes, diurnes, etc.)

Hospitalisation suite à une crise : Oui Non

Fréquence sur les 3 dernières années
.....

Service : Urgences Neurologie

Existe t'il des prodromes : Oui Non
.....

Risque de chutes : Oui Non Si chutes, fréquence :

Conséquences des chutes :

Blessures graves Oui Non
(ex :TC , Fractures, Plaies profondes , Brûlures etc.)

Blessures mineures Oui Non
(ex : Contusion, Plaies superficielles , etc.)

Séquelles permanentes :
.....

Autres dangers en cas de crise :
.....

3. Étiologie

Connue : Oui Non

Si oui, laquelle :

.....

A quel âge a eu lieu la première crise ?

.....

4. Traitement

Actuellement pharmaco-résistance : Oui Non

Nom et posologie des thérapeutiques :

.....

.....

.....

Prépare seul son traitement Oui Avec surveillance Non

Prends seul son traitement Oui Avec surveillance Non

Observance : Parfaite Avec des oublis

Effets secondaires

.....

.....

.....

Il y a-t-il un projet thérapeutique (intervention chirurgicale, etc.) ?

.....

.....

5. Pathologies associées

Il y a-t-il d'autres pathologies ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

6. Conséquences sur la vie quotidienne

Retentissement sur la sécurité

.....

.....

Aménagements du logement

Réalisés :

.....

Souhaitables :

.....

Impact sur la vie sociale Oui Non

Si oui, précisez :

.....

.....

Impact sur la vie professionnelle Oui Non

Si oui, précisez :

.....

.....

Y a-t-il eu une inaptitude médicale prononcée par le médecin du travail ?

Oui Non

Y a-t-il des restrictions au poste de travail : Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

Date

Signature et Cachet professionnel