

**M.D.P.H. 18**  
**CERTIFICAT MEDICAL COMPLEMENTAIRE**  
**« HANDICAP A LA MARCHÉ »**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_

**Périmètre de marche dans la vie quotidienne :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nul                             | <input type="checkbox"/> intérieur du logement uniquement |
| <input type="checkbox"/> ≤ à 200 mètres                  | <input type="checkbox"/> ≤ à 500 mètres                   |
| <input type="checkbox"/> entre 500 mètres et 1 kilomètre | <input type="checkbox"/> ≥ à 1 kilomètre                  |
| <input type="checkbox"/> illimité                        |   |

☞ Qualité de la marche :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☞ Existence de déformations articulaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☞ Nécessité d'**aide technique** pour se déplacer :

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> canne simple | <input type="checkbox"/> 1 canne anglaise | <input type="checkbox"/> 2 cannes anglaises |
| <input type="checkbox"/> déambulateur | <input type="checkbox"/> fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> canne blanche      |

☞ Nécessité de l'aide d'une **tierce-personne** pour se déplacer :

- Oui     Non

Si oui, en raison de quel type d'incapacité ?

- Locomotrice     Mentale     Visuelle     Autre

\_\_\_\_\_

☞ En cas d'**évolution par crises** :

- Fréquence des crises par trimestre : \_\_\_\_\_  
- Durée approximative des crises : \_\_\_\_\_  
- Périmètre de marche pendant les crises : \_\_\_\_\_

Observations éventuelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du médecin: