



Dossier médical

(Cachet Administration)

N° Dossier :

Date d'envoi :

Date de réception :

EXPERTISE MÉDICALE

MAJORATION POUR ASSISTANCE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE

Le régime d'invalidité des fonctionnaires prévoit un droit à majoration de pension pour assistance constante d'une tierce personne.

Ce droit est subordonné à la condition que le (la) titulaire de la pension d'invalidité soit, en raison de son invalidité, dans l'obligation d'avoir recours **d'une manière constante** à l'aide d'un tiers pour accomplir les **actes ordinaires de la vie**.

Ces **actes de la vie courante** sont essentiellement : se lever, se coucher, satisfaire ses besoins naturels, se vêtir, se mouvoir, manger. **N'est pas à prendre en compte** la nécessité d'une aide ménagère pour : le ravitaillement, la cuisine, le ménage ou autres besoins matériels.

Le **caractère constant** du besoin d'assistance s'analyse comme l'obligation d'avoir recours à l'aide d'un tiers pour :

- accomplir des actes nombreux se répartissant tout au long de la journée ;
- faire face à des manifestations imprévisibles des infirmités dont est atteint l'invalidé ;
- prodiguer des soins qui ne peuvent pas être soumis à un horaire préétabli et dont l'absence mettrait en danger l'intégrité physique ou la vie de l'invalidé.

Dans la recherche de l'autonomie réelle de l'invalidé, il y a lieu de distinguer clairement les actes ordinaires de la vie qu'il (elle) peut accomplir seul(e) même **avec difficulté** et ceux qu'il (elle) est dans l'**incapacité** d'effectuer.

Afin d'apprécier pleinement la situation de l'invalidé, la rencontre avec celui-ci (celle-ci) doit avoir lieu **à son domicile**, et ses conditions de vie et son niveau d'autonomie doivent être décrits **de façon aussi détaillée et précise que possible**.

En application de l'article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le secret médical n'est pas opposable aux services administratifs habilités à instruire le présent dossier, et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel.

État civil

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Description des déficiences

DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MALADIES OU DES INFIRMITÉS :

ORIGINE : Congénitale :

IPP : %

Acquise le :

IPP : %

SÉQUELLES ACTUELLES :

CONCERNANT LES MALADIES ÉVOLUTIVES, NIVEAU D'ÉVOLUTION :

Croissance de l'évolution :

Stade actuel d'évolution :

sur une échelle de :

PRONOSTIC D'ÉVOLUTION (aggravation possible, stabilisation acquise, amélioration prévisible) :

Conséquences des déficiences

AUTONOMIE

Peut, même avec difficulté :

cochez les cases appropriées

1. Quitter son lit seul(e).....oui - non
2. Se coucher seul(e).....oui - non
3. S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e).....oui - non
4. Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e):
 - dans WC ordinaires.....oui - non
 - dans WC aménagés.....oui - non
5. Faire sa toilette seul(e) :
 - totalement.....oui - non
 - partiellement.....oui - non
6. Se vêtir seul(e) :
 - totalement.....oui - non
 - partiellementoui - non
7. Se dévêtir seul(e) :
 - totalement.....oui - non
 - partiellementoui - non
8. Manger et boire seul(e) :
 - préparer ses repas.....oui - non
 - couper ses aliments.....oui - non
 - se verser un liquide à boire.....oui - non
 - s'alimenter de façon autonome,
une fois les repas complètement préparés.....oui - non
9. Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis.....oui - non
10. Utiliser seul(e) un moyen de transport :
 - voiture aménagée.....oui - non
 - transports en commun.....oui - non
11. Pour un(e) handicapé(e) appareillé(e) :
mettre en place seul(e) son appareillage.....oui - non
Nature de l'appareil :

Retentissement des affections

CONCERNANT LES CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES :

cochez les cases appropriées

1. Nature des troubles psychiques :
2. Ces troubles psychiques constituent-ils un danger pour sa vie ?.....oui - non
3. Les actes de la vie courante peuvent-ils être accomplis sans stimulation ?oui - non

POUR LES AUTRES PATHOLOGIES :

cochez les cases appropriées

1. Est-il (elle) sujet(te) à des malaises, crises ou chutes ? :oui - non

2. Préciser la nature des troubles présentés et leurs conséquences :

3. Précisez la fréquence :

4. Ces troubles constituent-ils un danger pour sa vie ?.....oui - non

Conclusions

L'assistance d'une tierce personne est elle nécessaire :

cochez les cases appropriées

de manière constante ? :.....oui - non

ou

pour faire face à des complications passagères ? : . oui - non

Préciser les raisons qui motivent cette aide : SUR PAPIER À EN-TÊTE daté et signé

ou ci-après.....

Cachet du médecin

À

le :

Signature du médecin

Adresse électronique :