



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA FEMME,
DE LA FAMILLE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

1

HANDICAP MOTEUR

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

 X X OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION

REGION

:

PROVINCE

:

COMMUNE

:

PHOTO

NOM PRENOM

:

DATE DE NAISSANCE

SEXE

M

F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. ORTHOPEDIQUE

1. AMPUTATION

 OUI NON

SI OUI PRECISER LEQUEL

 MEMBRE SUP. DROIT MEMBRE SUP. GAUCHE
 MEMBRE INF. DROIT MEMBRE INF. GAUCHE

2. RAIDEURS :

EPAULE DROITE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> IMPORTANT
EPAULE GAUCHE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> IMPORTANT
COUDE DROITE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> IMPORTANT
COUDE GAUCHE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> IMPORTANT

3. DEFORMATIONS OU RAIDEURS ARTICULAIRES :

PARTIE DROITE	DEGRE EN %	PARTIE GAUCHE	DEGRE EN %
EPAULE		EPAULE	
COUDE		COUDE	
MAIN		MAIN	
HANCHE		HANCHE	
GENOU		GENOU	
PIED		PIED	

4. INEGALITE DES LONGUEURS DES MEMBRES :

 OUI NON INEGALITE EN CENTIMETRE :

B2. NEUROLOGIQUE

1. DEFICITS SENSITIFS

 OUI NON

2. DEFICITS MOTEURS

 OUI NON

SI OUI PRECISER DEGRE DU DEFICIT

MEMBRE SUP. DROIT	<input type="checkbox"/> LEGER	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> GRAVE
MEMBRE SUP. GAUCHE	<input type="checkbox"/> LEGER	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> GRAVE
MEMBRE INF. DROIT	<input type="checkbox"/> LEGER	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> GRAVE
MEMBRE INF. GAUCHE	<input type="checkbox"/> LEGER	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> GRAVE

B3. FONCTION

MARCHE	<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL
MONTEE/DESCENTE ESCALIER	<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL
POSITION ASSISE	<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL
AUTONOMIE MEMBRE SUP.	<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL

B4. RETENTISSEMENT ESTHETIQUE

B5. BILAN NEUROLOGIQUE

1. MARCHE :

TROUBLE DE L'EQUILIBRE OUI NONSI OUI PRECISER DEGRE : LEGER MOYEN PROFOND

2. TROUBLE DE COORDINATION

 PRESENT ABSENT

3. TROUBLE URINAIRES

 PRESENT ABSENT

4. TROUBLE DE LANGAGE

 PRESENT ABSENT

5. CRISES EPILEPTIQUES

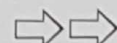
 OUI NON
SI OUI PRECISER FREQUENCE PAR MOIS :

6. STADE GLOBALE

- STADE 0 : ETAT NORMAL CHEZ UN SUJET A RISQUE
 STADE 1 : IL N'EXISTE DES SIGNES NEUROLOGIQUES QU'A L'EXAMEN
 STADE 2 : SYMPT. PRESENTS, MAIS NON GENANTS (AUTONOMIE CONSERVEE)
 STADE 3 : SYMPTOMES ETABLIS. LE SUJET A BESOIN D'AIDES (1 OU 2 AIDES)
 STADE 4 : NECESSITE D'UNE CHAISE ROULANTE
 STADE 5 : SUJET CONFINE AU LIT

7. RETENTISSEMENT HANDICAPS

SCOLARITE	<input type="checkbox"/> MODERE	<input type="checkbox"/> IMPORTANT
TRAVAIL	<input type="checkbox"/> MODERE	<input type="checkbox"/> IMPORTANT
RELATION	<input type="checkbox"/> MODERE	<input type="checkbox"/> IMPORTANT



C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : Spécialiste en

Exerçant à : Certifie avoir examiné :

Nom, Prénom :

Qui présente :

Ayant pour origine présumée :

Fait à : Le :

Signature :

D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : Le :

.....

SIGNATURES

.....
-------	-------	-------

E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

HANDICAP CONFIRME (DOSSIER ACCEPTE) PAS DE HANDICAP (DOSSIER REFUSE)

DEGRE DU HANDICAP MOTEUR **LEGER** **MOYEN** **PROFOND**

POUR UNE DUREE **DEFINITIVE** **NON DEFINITIVE** **EVOLUTIVE**

NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE **OUI** **NON**

SIGNATURES

Le :

.....
-------	-------	-------