



Service Universitaire de la Médecine  
Préventive et de Promotion de la Santé

## DOSSIER MEDICAL POUR ETUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP

*Cher(e) confrère,*

*Le but de ce dossier médical est de permettre aux médecins du SUMPPS de proposer dans les délais les plus courts, les aménagements d'études et d'examens nécessaires à votre patient pour mener à bien son projet universitaire.*

*Complétez les rubriques concernant votre patient.*

*Remettez-lui sous pli confidentiel, ce certificat médical qu'il joindra à sa demande*

*L'équipe médicale du SUMPPS est astreinte au secret médical (art.378 du Code Pénal) et est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires (04.94.14.24.89).*

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du médecin traitant : ..... Ville : .....

Portable : .....

Fixe : .....

Coordonnées parent/ personne à joindre en cas d'urgence :

.....

Joindre :

- le dernier compte rendu du spécialiste en votre possession
- la dernière ordonnance du traitement en cours
- un protocole d'urgence si nécessaire
- la photocopie de votre PAI ou des aménagements accordés au baccalauréat.
- l'attestation d'invalidité ou RQTH délivrée par la MDPH.

**Tout dossier non accompagné des justificatifs ne sera pas examiné**

Diagnostic principal motivant la présente demande

.....

**DESCRIPTION DES DEFICIENCES**

**Déficience motrice, dyspraxie**

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés... : .....

.....

**Déficience visuelle**

Une amélioration est : .....  Possible .....  Impossible : .....

Médicalement  Chirurgicalement  Envisagée vers quelle date : .....

**Déficience auditive**

Troubles associés (acouphènes, vertiges...).....

.....

.....

**Déficiences du langage et de la parole : (Dyslexie, dysphasie, dysarthrie)**

*Si dyslexie : fournir un bilan orthophonique normé ou bilan neuropsychologique récents (datant de moins de 1 an)*

Besoins pour la communication :

.....

.....

.....

**Trouble psychique et /ou trouble du comportement, autisme**

Toute demande d'aménagement en santé mentale fera l'objet d'une évaluation par le psychiatre du service de santé universitaire .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Trouble viscéral (diabète, épilepsie, maladie chronique....)**

- Epilepsie : Type (Fréquence des crises, troubles associés) :

.....  
.....

- Diabète : Type.....Pompe à insuline

.....

- Maladie métabolique, trouble thyroïdien, déficit immunitaire :

Répercussions sur l'état général et psychique : .....

.....

- Déficience cardio-respiratoire :

Signes fonctionnels : .....

.....

- Greffe : .....Date : .....Tolérance : .....

- Déficience digestive, urinaire

Besoins au quotidien à l'université : .....

.....

.....

- **Autres :**

- Séquelles ayant un retentissement sur la vie universitaire (scolarité, vie sociale, relationnelle)  
type, localisation : .....

.....

.....

**AUTONOMIE**

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement.

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement.

C : Ne fait pas

<b>COHERENCE</b> : S'exprimer et/ou se comporter de façon logique et censée	<input type="checkbox"/>
<b>ORIENTATION</b> : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>
<b>TOILETTE</b> : Concerne l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>
<b>HABILLAGE</b> : S'habiller, se déshabiller, se présenter+ appareillage	<input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/>
<b>ELIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil	<input type="checkbox"/>
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : utiliser les moyens de communications : téléphone, sonnette, alarme...	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVITE MENAGERES</b> : Ménage, préparation des repas...	<input type="checkbox"/>

**TRAITEMENTS**

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : .....

.....

.....

Autre suivi (Examens, kinésithérapeutes, hospitalisations) et fréquence.....

.....

.....

Remarques éventuelles sur les adaptations que vous pensez nécessaires pour la scolarité, si stage éventuel.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contre indication au sport :

Si sport possible, préciser si sport adapté

Lequel.....

A..... Le.....

Cachet du médecin