



ROYAUME DU MAROC-MINISTÈRE DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ, DE L'ÉGALITÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

DOSSIER MEDICAL GRATUIT

ملف طبي مجاني

1

HANDICAP MOTEUR

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

2 1 0 3 1 9 9 9

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION

REGION :
PROVINCE :
COMMUNE :

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE M F

DATE DEBUT D'INVALIDITE :

CAUSE PRESUMEE :

PHOTO

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
<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL
<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL
<input type="checkbox"/> SANS APPAREIL	<input type="checkbox"/> AVEC APPAREIL

MONTEE / DESCENTE ESCALIER

POSITION ASSISE

AUTONOMIE MEMBRE SUP.

B4. RETENTISSEMENT ESTHETIQUE

.....
.....
.....

B5. BILAN NEUROLOGIQUE

1. MARCHE :

TROUBLE DE L'EQUILIBRE OUI NON

SI OUI PRECISER DEGRE : LEGER MOYEN PROFOND

2. TROUBLE DE COORDINATION

PRESENTS ABSENTS

3. TROUBLE URINAIRES

PRESENTS ABSENTS

4. TROUBLE DE LANGAGE

PRESENTS ABSENTS

5. CRISES EPILEPTIQUES

OUI NON

SI OUI PRECISER FREQUENCE PAR MOI :

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 :

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



ROYAUME DU MAROC-MINISTÈRE DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ, DE L'ÉGALITÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

2

HANDICAP MENTAL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

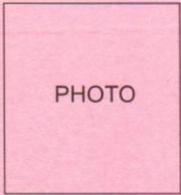
OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

2 1 0 3 1 9 9 9

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION



REGION :
PROVINCE :
COMMUNE :

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE SEXE M F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. EXAMEN PSYCHIATRIQUE

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN ET BILAN PSYCHOLOGIQUE

AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

AUTRES HANDICAPS MOTEURS OU SENSORIELS ASSOCIES

CONCLUSION ET PRONOSTIC

B2. HANDICAP LEGER

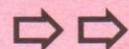
- (1) AUTONOMIE SUFFISANTE.
- (2) MEMOIRE PRESERVE.
- (3) LANGAGE NORMAL MAIS DIFFICULTES DANS LA COMPREHENSION ET EXPRESSION ET L'EXPRESSION DES NOTIONS ABSTRAITES
- (4) SCOLARISATION POSSIBLE JUSQU'AU TERME DU PREMIER CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE AU MAXIMUM.
- (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 70% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B3. HANDICAP MOYEN

- (1) AUTONOMIE LIMITEE (INAPTITUDE A ASSUMER PLUSIEURS FONCTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE : ACHAT ET VENTE, DEPLACEMENT RELATIVEMENT LOINTAIN DE CHEZ LUI MAIS DANS SA PROPRE REGION.
- (2) TROUBLES DE LA MEMOIRE.
- (3) LANGAGE ELEMENTAIRE ET PEU DEVELOPPE.
- (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE MAIS APTITUDES A ACQUERIR QUELQUES AUTOMATISMES UTILES.
- (5) APTITUDE INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 50% DES APTITUDES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE DE SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B4. HANDICAP PROFOND

- (1) ABSENCE D'AUTONOMIE PERSONNELLE INAPTITUDE A SE PRENDRE EN CHARGE DANS LA VIE QUOTIDIENNE / HYGIENE, HABILLEMENT, DEPLACEMENT, BESOIN D'UNE AIDE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE.
- (2) DEFICIENCE TOTALE DE MEMOIRE.
- (3) DEFICIENCE TOTALE DU LANGAGE. (SAUF QUELQUES MOTS OU SONS)
- (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE.
- (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 30% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- (6) CAPACITES RELATIONNELLES NULLES.



C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : Spécialiste en :
Exerçant à : Certifié avoir examiné :
Nom, Prénom :
Qui présente :
Ayant pour origine présumée :



Fait à : le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature :

D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

[Empty box for text]

SIGNATURES

[Empty box]	[Empty box]	[Empty box]
-------------	-------------	-------------

E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

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

DEGRE DU HANDICAP MENTAL [] [] LEGER [] [] MOYEN [] [] PROFOND
POUR UNE DUREE [] [] DEFINITIVE [] [] NON DEFINITIVE [] [] EVOLUTIVE
NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE [] [] OUI [] [] NON

SIGNATURES le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

[Empty box]	[Empty box]	[Empty box]
-------------	-------------	-------------



ROYAUME DU MAROC-MINISTÈRE DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ, DE L'ÉGALITÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

3

HANDICAP ORL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION



REGION :
PROVINCE :
COMMUNE :

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE SEXE M F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. HANDICAP AUDITIF

1. EXPLORATION AUDIOMETRIQUE

PERTE	OREILLE G.	OREILLE D.	PERTE MOYENNE BINAURALE
SUR 500 Hz			
SUR 1000 Hz			
SUR 2000 Hz			

2. EXAMEN ORTHOPHONIQUE

3. SIGNES ASSOCIES

ACOUPHENES

VERTIGES

4. CONCLUSION

DEFICIENCE AUDITIVE PROFONDE

DEFICIENCE AUDITIVE MOYENNE

DEFICIENCE AUDITIVE LEGERE

B2. HANDICAP VOCAL

CAUSE PRESUMEE DEFINITIVE RECUPERABLE

TRACHEOTOMIE OUI NON

CONCLUSION PERTE TOTALE DE LA VOIX DYSPHONIE

B3. MAXILO-FACIAL

CAUSE PRESUMEE CAUSE PRESUMEE RECUPERABLE

TOPOGRAPHIE

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ESTHETIQUE

PRONOSTIC MINEUR MAJEUR



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 VOCAL	<input type="text"/> LEGER	<input type="text"/> MOYEN	<input type="text"/> PROFOND
POUR UNE DUREE	<input type="text"/> DEFINITIVE	<input type="text"/> NON DEFINITIVE	<input type="text"/> EVOLUTIVE
DEGRE DU HANDICAP AUDITIF	<input type="text"/> LEGER	<input type="text"/> MOYEN	<input type="text"/> PROFOND
POUR UNE DUREE	<input type="text"/> DEFINITIVE	<input type="text"/> NON DEFINITIVE	<input type="text"/> EVOLUTIVE
NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE	<input type="text"/> OUI	<input type="text"/> NON	

SIGNATURES le :

.....





ROYAUME DU MAROC-MINISTÈRE DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ, DE L'ÉGALITÉ ET
DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

4

HANDICAP VISUEL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

X X OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

2 1 0 3 1 9 9 9

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION

REGION :
PROVINCE :
COMMUNE :



NOM PRENOM :
DATE DE NAISSANCE SEXE M F
DATE DEBUT D'INVALIDITE
CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. DEGRE DU HANDICAP

1. ACUITE VISUELLE CORRIGEE

	>3/10	3/10-1/10	1/10 - CLD* à 6 m	CLD 6m - CLD 3m	< CLD 3m	PERCEPTION LUMINEUSE	ABSENCE DE PERCEPTION LUMINEUSE
OD							
OG							

2. CHAMP VISUEL

	>60°	60 - 20°	20 - 10°	10 - 5°	<5°	0°
OD						
OG						

3. AUTRES

DIPLOPIE HEMERALOPIE DYSCHROMATOPSIE DIVERS

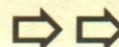
4. ABSENCE D'UN ŒIL (DEFICIENCE VISUELLE + DEFICIENCE ESTHETIQUE)

OUI NON SI OUI LEQUEL ŒIL DROIT ŒIL GAUCHE

B2. CONCLUSION

DEGRES DU HANDICAP VISUEL EN TENANT COMPTE DE L'ACUITE VISUELLE, DU MEILLEUR ŒIL CORRIGE DU CHAMP VISUEL, DE LA VISION DES COULEURS ET AUTRES :

- (1) CECITE TOTALE NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE
- (2) DEFICIENCE VISUELLE PROFONDE
- (3) DEFICIENCE VISUELLE MOYENNE
- (4) DEFICIENCE VISUELLE LEGERE



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 VISUEL	<input type="text"/> <input type="text"/>	LEGER	<input type="text"/> <input type="text"/>	MOYEN	<input type="text"/> <input type="text"/>	PROFOND
POUR UNE DUREE	<input type="text"/> <input type="text"/>	DEFINITIVE	<input type="text"/> <input type="text"/>	NON DEFINITIVE	<input type="text"/> <input type="text"/>	EVOLUTIVE
NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE	<input type="text"/> <input type="text"/>	OUI	<input type="text"/> <input type="text"/>	NON	<input type="text"/> <input type="text"/>	

SIGNATURES le :

--	--	--

