

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

RETENTISSEMENT DES AFFECTIONS - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

CONCERNANT LES CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES

Nature des troubles psychiques : _____

Ces troubles psychiques constituent-ils un danger pour sa vie ou celle d'autrui ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Les actes de la vie courante peuvent-ils être accomplis sans stimulation ? _____ ☐ Oui ☐ Non

POUR LES AUTRES PATHOLOGIES

Est-il (elle) sujet(te) à des maladies, crises ou chutes ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Préciser la nature des troubles présentés et leurs conséquences : _____

Préciser la fréquence : _____

Ces troubles constituent-ils un danger pour sa vie ? _____ ☐ Oui ☐ Non

CONCLUSIONS - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

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

A - De manière constante pour l'accompagnement des actes se répartissant tout au long de la journée ? _____ ☐ Oui ☐ Non*

B - Pour faire face à des complications passagères ? _____ ☐ Oui ☐ Non

C - Une aide ponctuelle à certains moments de la journée est-elle suffisante ? _____ ☐ Oui ☐ Non

Préciser ci-après les raisons qui motivent cette aide : _____

* Si non, répondre à B et C

DATE, CACHET ET SIGNATURE - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à : _____

Le : _____

Cachet et signature du médecin



Questionnaire TP

Majoration pour assistance d'une tierce personne

PARTIE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR OU LA CNRACL AVANT L'EXAMEN MÉDICAL

Nom patronymique et prénom de l'agent : _____

Nom d'usage (épouse, divorcée, veuve) : _____

Date de naissance : _____ NIR : _____

Adresse : _____

SITUATION DE L'AGENT

Emploi / grade : _____

Retraite pour invalidité : ☐ Depuis le _____ ☐ En cours d'instruction

Employeur : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

_____ Téléphone : _____

Le régime d'invalidité des fonctionnaires affiliés à la CNRACL 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 état de santé, 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. La nécessité d'une aide ménagère **n'est pas à prendre en compte** 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 causées par les infirmités dont est atteint l'agent ou si son état mental laisse craindre que, faute de surveillance constante, sa vie ou celle d'autrui pourrait être mise en danger ;
- 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'agent.

Dans la recherche de l'autonomie réelle de l'agent, 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.

Ses conditions de vie et son niveau d'autonomie doivent être décrits **de façon aussi détaillée et précise que possible**.

Les zones sont à remplir par l'employeur ; Les zones sont à remplir par le médecin.

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

CADRE HABITUEL DE VIE - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

VIE SOCIALE

L'agent vit-il (elle) seul(e) ? _____☐ Oui ☐ Non

Bénéficie-t-il (elle) d'un entourage proche (famille, voisins, visiteurs) ? _____☐ Oui ☐ Non

A-t-il (elle) recours à des soins infirmiers ? _____☐ Oui ☐ Non

Si oui, fréquence : _____

A-t-il (elle) recours à une aide ménagère ? _____☐ Oui ☐ Non

Si oui, fréquence : _____

HÉBERGEMENT

L'agent vit-il (elle) :
☐ en maison individuelle ☐ en appartement | ☐ au rez-de-chaussée ☐ à l'étage ☐ avec ascenseur ☐ sans ascenseur

L'habitat est-il aménagé ? _____☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Est-il (elle) placé(e) dans un établissement ? _____☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser lequel (nom et adresse) : _____

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MALADIES OU DES INFIRMITÉS

ORIGINE

Congénitale : _____ Acquise le : _____

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : _____

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

AUTONOMIE

PEUT, MÊME AVEC DIFFICULTÉ :

Quitter son lit seul(e) ? _____☐ Oui ☐ Non

Se coucher seul(e) ? _____☐ Oui ☐ Non

S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e) ? _____☐ Oui ☐ Non

Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e) ?
- dans WC ordinaires ? _____☐ Oui ☐ Non
- dans WC aménagés ? _____☐ Oui ☐ Non

Faire sa toilette seul(e) :
- totalement _____☐ Oui ☐ Non
- partiellement _____☐ Oui ☐ Non

Se vêtir seul(e) :
- totalement _____☐ Oui ☐ Non
- partiellement _____☐ Oui ☐ Non

Se dévêtir seul(e) :
- totalement _____☐ Oui ☐ Non
- partiellement _____☐ Oui ☐ Non

Manger et boire seul(e) :
- 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

Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis _____☐ Oui ☐ Non

Utiliser seul(e) un moyen de transport :
- voiture aménagée _____☐ Oui ☐ Non
- transports en commun _____☐ Oui ☐ Non

Pour un agent handicapé appareillé :
- mettre en place seul(e) son appareillage _____☐ Oui ☐ Non
- nature de l'appareil : _____