

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. **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 ou si son état mental laisse craindre que, faute de surveillance constante, sa vie ou celle d'autrui soit 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'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**. Ses conditions de vie et son niveau d'autonomie doivent être décrits **de façon aussi détaillée et précise que possible**.

Cadre habituel de vie - à remplir par le médecin

VIE SOCIALE

cochez les cases appropriées

L'invalide 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 : _____

- une aide ménagère ? Oui Non Si oui, fréquence : _____

HÉBERGEMENT

cochez les cases appropriées

L'invalide vit-il (elle) ? :

- en maison individuelle en appartement
- en 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, lequel (nom et adresse) : _____

Description des déficiences - à remplir par le médecin

DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MALADIES OU DES INFIRMITÉS

ORIGINE

Congénitale : _____

Acquise le | | | | |

Conséquences des déficiences - à remplir par le médecin**AUTONOMIE***cochez les cases appropriées*

Peut, même avec difficulté :

- 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) Oui Non
- 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
- partiellement Oui Non
- 7 - Se dévêtir seul(e) :
- totalement Oui Non
- partiellement Oui Non
- 8 - 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
- 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 - à remplir par le médecin

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 ou celle d'autrui ? 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 maladies, crises ou chutes ? Oui Non

2 - Préciser la nature des troubles présentés et leurs conséquences : _____

3 - Préciser la fréquence : _____

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

Conclusions - à remplir par le médecin

cochez les cases appropriées

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

- de manière constante ? Oui Non

- pour faire face à des complications passagères ? Oui Non

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

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

Fait à _____ le | | | | | |

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné