



CNRACL

La retraite des fonctionnaires
territoriaux et hospitaliers

INVALIDITÉ

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 : _____

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'assoir 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 dévêter 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 : _____

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | | | | |

RETTENTISSEMENT 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