

**ADMINISTRATIF**

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date de naissance : ...../...../.....

Ville de naissance :

Célibataire

marié(e)

Séparé(e)

Veuf (ve)

Divorcé(e)

**PERSONNE A CONTACTER POUR CETTE DEMANDE**

Famille (père-mère-fratrie)

Mandataire

Assistant(e) social(e)

Autre

Nom – Prénom

Adresse

Code postal :

Ville :

Email :

Téléphone :

Portable :

**SITUATION ACTUELLE**

en date du ...../...../.....

En famille

En famille d'accueil

En Établissement

À l'hôpital

Depuis : ...../...../.....

Coordonnées :

**PROTECTION JURIDIQUE**

Tutelle

Curatelle renforcée

Curatelle simple

Date de début : ...../...../.....

Date de fin : ...../...../.....

**Coordonnées (si différent du demandeur) :**



**COUVERTURE SOCIALE**

**CPAM d'affiliation :**

**Adresse complète :**

**N° immatriculation** : .....

**ALD** (..... %)  Oui  Non Date de fin :...../...../.....

**CMU**  Oui  Non Date de fin :...../...../.....

**Carte Vitale**  Oui  Non Date de fin :...../...../.....

**Carte européenne**  Oui  Non  En cours Date de fin :...../...../.....

**Mutuelle**  Oui  Non Date de fin :...../...../.....

**Adresse complète :**

**SITUATION DE FAMILLE**

**Identité du père**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Fixe :

Mail :

**Identité de la mère**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Fixe :

Mail :

**Identité des enfants**

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

**Identité de la fratrie (frère et sœur)**

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Nom – Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

**Histoire familiale et sociale**

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



**PATHOLOGIE**

**Handicap**

La personne a

une humeur

Stable     Joviale     Déprimée et triste     Repli     Désinhibition

Autres : .....

un handicap physique : .....

une déficience mentale : .....

une maladie mentale : .....

un trouble du comportement : .....

Origine du/des handicaps : .....

Diagnostic principal : .....

**BILAN D'AUTONOMIE**

**Alimentation**

La personne :

S'alimente seul	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle (couper la viande, la stimuler oralement)	<input type="radio"/> Avec aide totale
Boit seul	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle	<input type="radio"/> Avec aide totale
Prépare les repas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle	<input type="radio"/> Avec aide totale
Coupe les aliments	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle	<input type="radio"/> Avec aide totale

Aliments mixés     Sonde gastrique/perfusion

**Hygiène**

La personne :

Se lave	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
S'habille	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Se sèche	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Sait préparer sa tenue	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale



Effectue les soins d'hygiène dentaires et esthétiques (rasage, coiffage)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Va aux toilettes	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Incontinence	<input type="radio"/> Port de langes		<input type="radio"/> Aucun contrôle des sphincters	
	<input type="radio"/> Occasionnel		<input type="radio"/> Nocturne	<input type="radio"/> Diurne

## Déplacement et orientation

La personne :

Sait marcher	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Distance approximative en mètres :	
Sait rester debout	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Durée approximative en minutes :	
Se déplace à l'intérieur	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec l'aide d'un appui (cane, déambulateur...) <input type="radio"/> Avec un fauteuil roulant	
Sait descendre et monter un escalier	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
S'assoit et se relève seul	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Sait aller dormir seul	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec une aide partielle ou <input type="radio"/> sollicitation	<input type="radio"/> Avec aide totale
Sait prendre seul le bus	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec un éducateur	
Sait se déplacer seul dans le quartier	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec un éducateur	
Sait aller faire des courses	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec un éducateur	
S'oriente au niveau du temps	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec supports visuels	<input type="radio"/> Avec supports rituels
S'oriente au niveau de l'espace	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Avec supports visuels	<input type="radio"/> Dans un lieu qu'elle connaît
Se souvient	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Des faits anciens <input type="radio"/> Des faits récents (dernier repas, nom-prénom)	<input type="radio"/> Aucune évocation cohérente (propos qui ne correspondent pas à la réalité)

## Communication — Relationnel - Activité

La personne :

S'exprime oralement sans difficulté	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	<input type="radio"/> Langage gestuel (LSF/LSB)
Se fait comprendre sans difficulté	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
Dispose de bonnes capacités de compréhension	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	<input type="radio"/> Surdité présente
			<input type="radio"/> avec des pictogrammes	
Entre facilement en relation	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec des personnes connues ou <input type="radio"/> inconnues	
S'occupe seul	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec sollicitation	
S'adapte aux différents types de situations sociales	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
S'adapte avec quelques difficultés aux différents contextes sociaux	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
Sait lire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
Sait écrire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
Sait compter	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> avec quelques difficultés	
A un niveau scolaire		<input type="radio"/> Maternelle	<input type="radio"/> Primaire	<input type="radio"/> Collège



**COMPORTEMENTS INADÉQUATS**

Les comportements inadéquats ne sont pas motifs de refus mais il est essentiel que cette partie soit la plus complète et la plus proche de la réalité afin que l'équipe ait tous les éléments pour permettre une prise en charge de la personne.

La personne :

est agressive

Oui

Non

Inexistant à très fort



Autoagressivité      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Hétéroagressivité      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Gestuelle      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Réactionnelle      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Verbale      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Sur l'environnement      1    2    3    4    5    Exemple :.....

Présente un ou des trouble(s) du sommeil

Oui

Non

ponctuels et circonstanciés

manifeste et réguliers

A une vie sexuelle

Oui

Non

Utilise un langage obscène

Se masturbe en public/à la vue de la famille/à la vue des autres résidents

Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel à d'autres personnes

Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation

Tente d'avoir ou a des relations sexuelles avec des partenaires non consentants

Compatible avec la vie en collectivité via un cadre

A des troubles alimentaires :

Anorexie

Encoprésie

Boulimie

Potomanie

Objet

A des conduites addictives

Tabac

Alcool

Stupéfiants

Surplus de médicaments

fait des fugues

Volontaires

Involontaires

Délibérées  
préméditées

Retour  
spontané

Se met en  
danger important

a déjà eu des problèmes judiciaires

Pyromanie

Petite délinquance :.....  
.....

Grande délinquance :.....  
.....



**MÉDICALE**

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Allergies :  Oui  Non .....

Contraceptions :  Oui  Non .....

Épilepsie :  Oui  Non Fréquence : ..... Stabilisée ?  Oui  Non

Troubles de l'audition  Oui  Non .....

Troubles de la vision  Oui  Non .....

Troubles digestifs  Oui  Non .....

Besoin de dialyse  Oui  Non .....

Système immunitaire et hématopoïétique  Oui  Non .....

**Traitement**

Nom	Matin	Midi	Soir	Coucher
<b>Si besoin :</b>				

**Hospitalisations**

Date	Lieu	Objet



