

MODULE PRELIMINAIRE

Nom du demandeur : _____
Matricule : _____
Numéro de dossier : _____

Nom du médecin-conseil de la CEO : _____

1. Demande formulée

- lors d'une hospitalisation
- au domicile
- en établissement d'aides et de soins

2. Données médicales du rapport du médecin traitant (R20)

Pathologie

- Irréversible ET évolutive ET non évolutive
- Réversible

L'état de santé du patient engendre-t-il un besoin d'aide d'une tierce personne pour

- Hygiène
- Nutrition
- Habillage/ Déshabillage
- Mobilité à l'intérieur du domicile

3. Motif de la demande

- aide d'une tierce personne pour les AEV
- aide d'une tierce pour les TD
- soins infirmiers ne relevant pas de l'assurance dépendance

4. Prestataire :

- Réseau d'aides et de soins _____
- Etablissement _____

5. Les personnes contactées par téléphone :

- Demandeur** : date appel _____
- Aidant informel** : nom _____, prénom _____, tél. _____, date appel _____
- Réseau** : _____
Responsable : nom _____, prénom _____, tél. _____, date appel _____
- Etablissement** : _____
Responsable : nom _____, prénom _____, tél. _____, date appel _____

Informations obtenues :

6. Conclusion

L'état de santé du requérant ne justifie pas l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie (article 349 du CAS): _____

DATE : _____

SIGNATURE : _____

IDENTIFICATIONS

Nom de l'évaluateur : _____
Nom du référent: _____
Numéro de dossier : _____
Nature de la demande : _____
Lieu de l'évaluation : Domicile
 Logement encadré
 Établissement
Date de l'entretien : _____
Personnes présentes/contactées pour l'évaluation de base : _____

DEMANDEUR

Identification du demandeur :

Nom et Prénom : _____
Matricule : _____
Domicile: _____

Etat civil :

- célibataire
 marié/e
 en concubinage
 séparé(e)/divorcé(e)
 veuf/ve

Enfants :

Non Oui , nombre _____

Profession : _____ retraité : Oui , depuis _____
Non travail à temps partiel
 travail à temps plein

Commentaire : _____

Demandeur scolarisé : Non Oui _____

Loisirs du demandeur : _____

ENTOURAGE

Aidant informel :

Nom et prénom: _____

Matricule/date de naissance : _____

Domicile (localité) : _____

Lien de parenté : conjoint beau-fils/belle-fille
 père/mère autre lien de parenté
 fils/fille sans lien de parenté
 petit-fils/petite-fille

Commentaire : _____

Fréquence d'intervention/disponibilité :

habite avec le demandeur contact téléphonique
 plusieurs fois par jour Téléalarme
 une fois par jour
 au moins 3 fois par semaine
 au moins une fois par semaine
 moins d'une fois par semaine

Commentaire: _____

Charges professionnelles:

non oui, à temps plein
 oui, à temps partiel

Description: _____

Charges familiales:

non oui

Description : _____

Y a-t-il d'autres personnes qui fournissent de l'aide ?

non oui

Description : _____

RESEAU

Recevez-vous l'aide d'un réseau d'aides et de soins ?

non oui Réseau : _____

Interventions actuelles

AEV :

soins d'hygiène
 nutrition
 habillage/mobilité

Autres :

sorties/courses prise de médicaments
 gardes actes infirmiers
 CDJ spécialisé tâches ménagères

Fréquence d'intervention : _____

envisagé pour le futur

Nom du réseau : _____

Informations supplémentaires : _____

MODULE MEDICAL

DEMANDEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Matricule : _____

Dossier : _____

EVALUATEUR

Nom : _____

EXAMEN

Date : _____

Lieu : ANTENNE personne accompagnatrice _____

DOMICILE personne présente _____

ETABLISSEMENT personnel soignant _____

Durée de l'évaluation: _____ min.

Début : _____ h Fin : _____ h

INTERROGATOIRE

Motif de la demande

Lieu et mode de vie

1. Structure immobilière

2. Etat civil

Facteurs de risque

Diabète HTA Alcool Hyperlipidémie
Obésité Tabagisme passif actif : _____ paquets / année

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Histoire de la maladie

Rééducation et réadaptation fonctionnelles

Non , à envisager : Non Oui

Oui

Proposées par médecin traitant
 médecin hospitalier
 ignoré

Réalisées ambulatoire ; si oui, où ? _____
 stationnaire ; si oui, où ? _____
 domicile

Durée : _____

Evolution : _____

Rééducation actuellement terminée Non Oui
Compte-rendu joint Non Oui

Traitement en cours

Signes fonctionnels et plaintes subjectives

1. Douleur Non Oui

Description _____

Score de l'échelle visuelle analogique _____

2. Vertiges Non Oui

Description _____

3. Asthénie Non Oui

Description _____

4. Autres

Description _____

Médecin traitant Non Oui _____

Médecins spécialistes : _____

EXAMEN CLINIQUE

Mensurations et état nutritionnel

| | | | | |
|--|---------------|----------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Poids | _____kg | Appétit conservé | <input type="checkbox"/> | |
| | | Anorexie | | <input type="checkbox"/> |
| Taille | _____m | Variation pondérale | _____ | |
| IMC | _____kilos/m2 | Nutrition entérale | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| | | | | exclusive <input type="checkbox"/> |
| | | | | partielle <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Obésité | | Hydratation indiquée | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Surcharge pondérale | | cause _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Normal | | Collation indiquée | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Maigre | | cause _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cachectique | | | | |

Examen sensoriel

1. Vision

Bonne

Baisse de l'acuité visuelle : OG OD

Cécité complète

Autres _____

Etiologie connue _____

Etiologie non connue

Verres correcteurs utilisés Oui, de façon autonome

Oui, avec aide

Non

Verres correcteurs adaptés Non Oui

2. Ouïe

Bonne

Baisse de l'acuité auditive

Surdité complète

Etiologie connue : _____

Etiologie non connue

Prothèse(s) auditive(s) utilis  e(s) Oui, de façon autonome

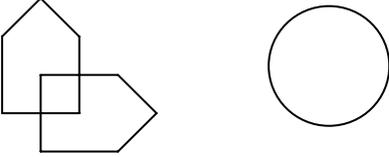
Oui, avec aide, nombre _____

Non

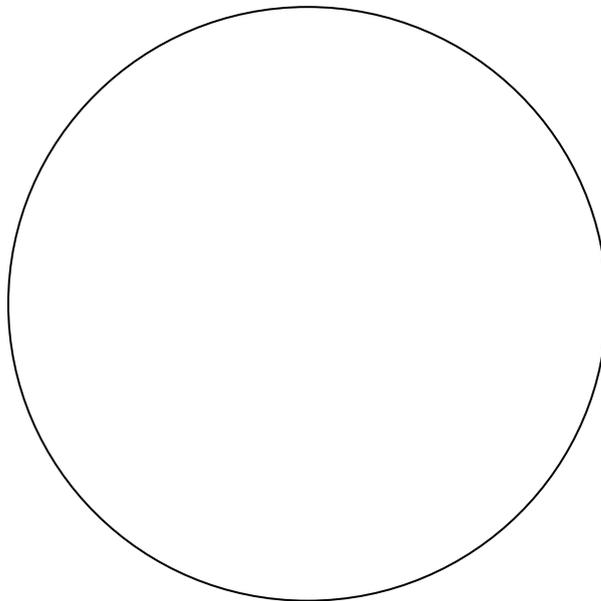
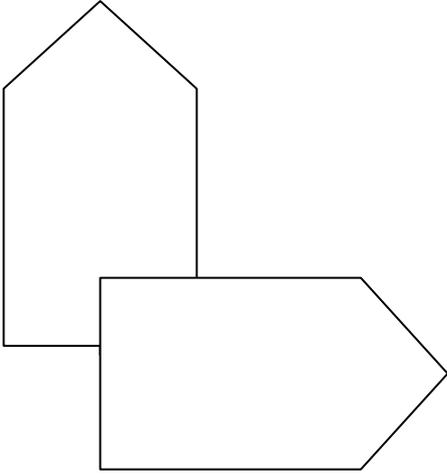
Prothèse(s) auditive(s) adapt  e(s) Non Oui

Examen neuro-psychiatrique

1.1. Mini-mental test

| | | |
|--|-----------------------|--|
| <p>A – ORIENTATION</p> <p>1 – Quel est : l'année ____, le mois ____, le jour ____, le jour de la semaine ____, la saison ____</p> <p>2 – Où sommes-nous : Région : ____ Pays : ____ Ville : ____ Lieu : ____ Etage : ____</p> | 5 | |
| <p>B – ENREGISTREMENT</p> <p>3 - Dire à haute voix UN des groupes de 3 mots suivants : Prendre une seconde pour prononcer chaque mot</p> <p style="text-align: right;">ou <i>chemise, bleu, honnête</i> ou <i>chaussure, brun, modestie</i> ou <i>chandail, blanc, charité</i></p> <p>Demander de répéter les 3 mots choisis Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement. Nombre d'essais : ____</p> | 3 | |
| <p>C – ATTENTION ET CALCUL (cocher l'un ou l'autre test)</p> <p>4 - <input type="checkbox"/> Faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 100 – 7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79 – 7 = 72 – 7 = 65</p> <p>Donner 1 point pour chaque bonne réponse. Ou, si le maximum des points n'est pas obtenu <input type="checkbox"/> Epeler le mot "MONDE" à l'envers. (EDNOM) : Retenir la meilleure réponse.</p> | 5 | |
| <p>D – RETENTION MNESIQUE</p> <p>5 – Répéter les trois mots déjà mentionnés</p> <p style="text-align: right;">ou <i>chemise, bleu, honnête</i> ou <i>chaussure, brun, modestie</i> ou <i>chandail, blanc, charité</i></p> | 3 | |
| <p>E – LANGAGE</p> <p>6 – Montrer au sujet un crayon (<input type="checkbox"/>) , une montre (<input type="checkbox"/>) et demander de nommer l'objet.</p> <p>7 – Répéter la phrase suivante : "Pas de si, ni de mais"</p> <p>8 – Obéir à un ordre en 3 temps : "Prenez ce papier de la main droite (ou gauche), pliez-le en deux et redonnez-le moi" (Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche, et vice versa) (Poser la feuille à portée, ne pas tendre à la main; éviter les indices non verbaux)</p> <p>9 – Lire et faire "Fermez vos yeux"</p> <p>10 – Ecrire une phrase Une phrase comprend un sujet, un verbe, un complément et a un sens.</p> | 2 1 3 1 1 | |
| <p>F – PRAXIE DE CONSTRUCTION</p> <p>11 – Copier le dessin</p> <div style="text-align: center;">  </div> | 1 | |

AUGEN SCHLIESSEN
FERMEZ LES YEUX



1.1. Mini-mental test

Scolarité _____

Existence d'une barrière linguistique Non Oui

Perturbation des capacités sensorielles et motrices Non Oui

Dysarthrie ou aphasie Non Oui

Pour les points 6 à 11 : si le score n'est pas complet, précisez pourquoi _____

1.2. Test de l'horloge

Description et interprétation : _____

1.3. Test de fluence verbale

Noms des animaux cités en une minute et interprétation : _____

2. Autres troubles psychiatriques Non Oui

Description : _____

Conclusion de l'examen neuro-psychiatrique

Les perturbations notées sont Fluctuantes Permanentes
Consultation neuro-psychiatrique effectuée Non Oui

Examen ostéo-articulaire et neurologique

1. Tête et colonne vertébrale

1.1. Tête

Prothèse dentaire Non Oui

Hypersalivation Non Oui

Troubles de la déglutition Non Oui

1.2. Colonne vertébrale

Cyphose Non Oui

Scoliose Non Oui

2. Membres supérieurs

Droitier Gaucher Ambidextre

2.1. Examen ostéo-articulaire examen normal

2.1.1. Anomalies ostéo-articulaires Non Oui précisez

2.1.2. Limitations articulaires Non Oui

| | | Droite | Gauche |
|--------|--------------|--------|--------|
| Epaule | Abduction | _____ | _____ |
| | Antépulsion | _____ | _____ |
| | Rétropulsion | _____ | _____ |

Coude _____

Poignet _____

Main _____

Cause(s) de ces limitations _____

2.2. Examen neuro-musculaire

examen normal

2.2.1. Syndrome paralytique

Non Oui

Flasque

Non Oui

précisez _____

Spastique

Non Oui

précisez _____

Force de préhension main droite

Force de préhension main gauche

Cause(s) de ce syndrome paralytique _____

2.2.2. Syndrome sensitif

Non Oui

Trouble de la sensibilité tactile

Non Oui

précisez _____

Trouble de la sensibilité thermo-algésique

Non Oui

précisez _____

Trouble de la sensibilité profonde

Non Oui

précisez _____

Cause(s) de ce syndrome sensitif _____

2.2.3. Syndrome extra-pyramidal

Non Oui

Tremblement de repos _____

Rigidité _____

Akinésie _____

2.2.4. Autres

Troubles de la motricité fine

Non Oui

précisez _____

Dysmétrie

Non Oui

précisez _____

Adiadococinésie

Non Oui

précisez _____

Tremblement d'action ou d'attitude

Non Oui

précisez _____

Autres mouvements involontaires anormaux

Non Oui

précisez _____

Dyspraxies

Non Oui

précisez _____

2.3 Attelles

Non Oui

Aide requise pour les enfiler

Non Oui

3. Membres inférieurs

3.1. Examen ostéo-articulaire

examen normal

3.1.1. Anomalies ostéo-articulaires

Non Oui précisez _____

3.1.2. Limitations articulaires

Non Oui

Droite

Gauche

Hanche

Genou

Cheville

Cause(s) de ces limitations fonctionnelles _____

3.2. Examen neuro-musculaire

examen normal

3.2.1. Syndrome paralytique

Non Oui

Flasque

Non Oui

précisez _____

Spastique

Non Oui

précisez _____

Cause(s) de ce syndrome paralytique _____

3.2.2. Syndrome sensitif

Non Oui

Trouble de la sensibilité tactile

Non Oui

précisez _____

Trouble de la sensibilité thermo-algésique

Non Oui

précisez _____

Trouble de la sensibilité profonde

Non Oui

précisez _____

Cause(s) de ce syndrome sensitif _____

3.3 Attelles

Non Oui

Aide requise pour les enfiler

Non Oui

4. Statique, transferts, marche et risque de chutes

4.1. Statique et transferts

4.1.1. Position assise

Maintien de la tête Non Oui

Maintien du tronc Non Oui

4.1.2. Transferts

| | Seul | avec aide | aide/stimulation d'une personne requise | aide de 2 personnes ou lève- requis |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <i>personne</i> | | | | |
| Chaise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.1.3. Station debout

Bipodale

impossible

possible sans appui

possible avec appui durée _____

Unipodale possible

Non Oui

4.1.4. Antéflexion du tronc

Assis distance main-sol _____cm

Flexion tronc-membres inférieurs

Debout distance main-sol _____cm

Cause de ce déficit _____

4.2 Marche et déplacements en fauteuil roulant

4.2.1. Marche

Description de la marche en terrain plat et demi-tour _____

***Marche à l'intérieur**

Seul Non Oui
Avec aide Non Oui
Aide d'une personne requise Non Oui
Aide de 2 personnes requise Non Oui
Orientation spatiale conservée Non Oui

***Sortie du logement**

Seul Non Oui
Avec aide Non Oui
Aide d'une personne requise Non Oui
Volonté de sortir Non Oui
Risque de fugue Non Oui

***Escaliers**

Seul non concerné
Aide d'une personne Non Oui
Aide d'une personne requise Non Oui

***Ascenseur**

Seul non concerné
Aide d'une personne Non Oui
Aide d'une personne requise Non Oui

4.2.2. Déplacements en fauteuil roulant Non Oui

Seul Non Oui _____
Avec aide Non Oui _____
Aide d'une personne requise Non Oui _____

4.3. Chutes

4.3.1. Antécédents de chutes Non Oui fréquence dans les 6 derniers mois _____

4.3.2. Circonstances des chutes

Vertige Dans les escaliers
 Perte d'équilibre En glissant
 Dérobement des MI En trébuchant sur un obstacle - lequel ? _____
 Lors d'un transfert Ne sait pas

4.3.3. Evaluation quantitative du risque de chutes

- (1) Admission ou transfert récent
- (3) Nouvelle chute récente
- (3) Envie impérieuse
- (1) Incontinence
- (1) Nycturie
- (4) Instabilité en position debout
- (4) Manifestations d'hypotension orthostatique ou d'étourdissement
- (1) Déficit locomoteur dans les membres inférieurs
- (1) Déficit auditif
- (3) Déficit cognitif
- (3) Déficience visuelle
- (2) Désorientation
- (1) Troubles de la communication
- (4) Témérité
- (2) Antihypertenseur
- (1) Médicament causant la dépression du système nerveux central

4.3.4. Score et conclusion

Score _____ (0-9) risque faible (19-27) risque élevé
 (10-18) risque modéré (28-35) risque très élevé

4.3.5. Indication de protecteurs de hanche Non Oui , si oui : tour de taille _____ cm

MISE EN SITUATION INDIQUEE >> AVIS SAPPALO

Objectifs _____

Poumons, coeur et vaisseaux

1. Signe fonctionnel

Dyspnée Non Oui classification NYHA _____

Si oui , FR au repos _____/ minute

Oxygénothérapie Non Oui débit _____l/min – _____h/24h

Angor Non Oui classification NYHA _____

2. Tension artérielle _____ mm Hg

3. Auscultation cardio-pulmonaire _____

4. Inspection et palpation

Pouls périphériques retrouvés non retrouvés _____

Oedèmes des MI

Etat veineux _____

Port de bas de contention Non Oui - Aide requise pour les enfiler Non Oui

Abdomen et appareil uro-génital

| | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Gastrostomie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Colostomie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Iléostomie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Cathéter suspubien | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Sonde urinaire | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Hernie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Eventration | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

Peau et phanères

1. Ulcères de décubitus Non Oui

si oui description _____

si non prévention requise Non Oui

2. Ulcères de jambe Non Oui

si oui description _____

3. Autres anomalies Non Oui

précisez _____

DIAGNOSTICS ET CONCLUSION

Diagnostiques en relation directe avec la dépendance

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____

Autres diagnostics sans lien direct avec la dépendance

6. _____ 9. _____
7. _____ 10. _____
8. _____

Évaluateur indiqué

- Infirmier Assistant social
 Psychologue Ergothérapeute
 Infirmier psychiatrique Kinésithérapeute

Justifiez _____

Répercussions des troubles constatés sur les actes essentiels de la vie

Aides techniques

* présentes

- _____ Utilisé Non utilisé
_____ Utilisé Non utilisé
_____ Utilisé Non utilisé
_____ Utilisé Non utilisé
_____ Utilisé Non utilisé

* à envisager Non Oui

Adaptation du logement/voiture à envisager Non Oui

Soutien/conseil indiqué Non Oui
Fiche conseil remise Non Oui

Date de réévaluation _____

Commentaires supplémentaires _____

Date et signature _____

Dossier encodé le _____ **par le docteur** _____

Dossier déterminé le _____ **par le docteur** _____

MODULE DE BASE

NUTRITION

Aide requise pour la nutrition

Non Oui

Aide pour manger non oui

Stimulation requise

non oui

Stimulation unique

Stimulation répétée

Stimulation ou surveillance constante

Description - D: _____

- AI: _____

Effectuer à la place

non oui

Tartiner

Couper les aliments

Donner à manger

Description - D: _____

- AI: _____

Aide requise pour l'hydratation

Non Oui

verser les boissons

stimulation ou surveillance

donner à boire

Description - D: _____

- AI: _____

HYGIENE

Aide requise pour les soins d'hygiène corporelle

Non Oui

Où vous lavez-vous ?

| | | assis | debout | | indication |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|------------|
| Lavabo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Douche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Baignoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Lit | <input type="checkbox"/> | | | | |

Aide pour entrer/sortir de la douche/baignoire non oui

Description - D: _____

- AI: _____

Stimulation requise non oui

Stimulation unique

Stimulation répétée

Stimulation ou surveillance constante

Description - D: _____

- AI: _____

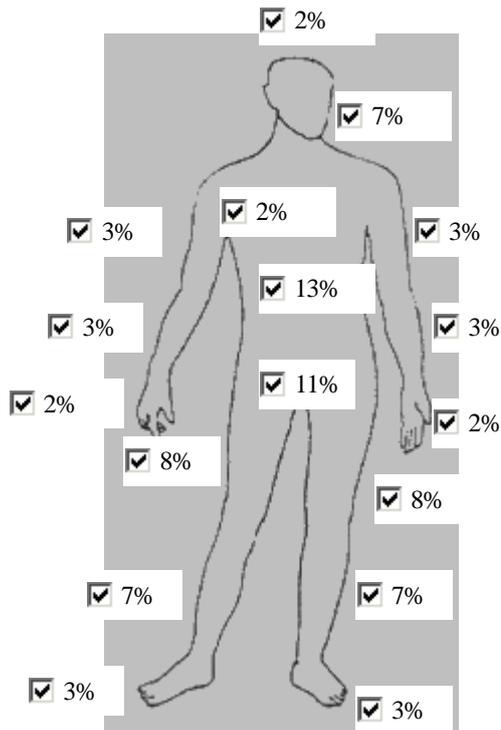
Effectuer à la place non oui

Effectuer complètement à la place non oui

Description - D: _____

- AI: _____

Effectuer en partie : (schéma corporel)



Dos: 13%

Total:

100

Sélectionner Tout

Supprimer tout

Description - D: _____
- AI: _____

Aide requise de 2 personnes

Non Oui

Indications : _____

Toilette génitale

Menstruation

Non Oui

Aide requise

Non Oui

Description - D: _____

- AI: _____

Hygiène buccale

Aide requise

Non Oui

Description - D: _____

- AI: _____

à préciser si la fréquence de référence ne suffit pas : _____

Soins barbe / peau, épilation

Aide requise

Non Oui

Description - D: _____

- AI: _____

Lavage cheveux

Aide requise

Non Oui

Description - D: _____

- AI: _____

à préciser si la fréquence de référence ne suffit pas : _____

Soins ongles

Aide requise

Non Oui

Description - D: _____

- AI : _____

HABILLAGE / DESHABILLAGE

Aide requise pour l'habillage non oui

Aide requise pour ranger / préparer / choisir les vêtements non oui

La personne reste en vêtements de lit non oui

Indication : _____

Aide requise pour l'habillage/ déshabillage non oui

Effectuer complètement l'habillage/déshabillage non oui

Description - D: _____ - AI : _____

Aide requise de 2 personnes

Non Oui

Indications : _____

Aide requise pour mettre et enlever des prothèses / orthèses / bas de contention

Non oui Enumération : _____

ELIMINATION

Lieux et moyens d'élimination

Toilettes

| | | Vidé / nettoyé par autrui | | Indication |
|----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------|
| | | non | oui | |
| Chaise percée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Urinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bassin de lit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sac de stomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Aide requise pour l'élimination non oui

Stimulation requise : Non Oui

stimulation unique

stimulation répétée

stimulation constante

Description - D: _____

- AI : _____

Effectuer à la place : Non Oui

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|
| S'habiller / déshabiller | <input type="checkbox"/> | Description - D: _____ - AI : _____ |
| S'essuyer | <input type="checkbox"/> | Description - D: _____ - AI : _____ |
| Changer les couches / protections | <input type="checkbox"/> | Description - D: _____ - AI : _____ |

Incontinence urinaire ≥ 1 fois par 24 heures non oui

Incontinence fécale ≥ 1 fois par 24 heures non oui

Aide requise de 2 personnes

Non oui Indication : _____

MOBILITE

Transferts

| | Seul | avec aide | aide/stimulation d'une personne requise | aide de 2 personnes ou lève-personne requise |
|--------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| Chaise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marche et déplacements en fauteuil roulant

Marche

Description de la marche en terrain plat et demi-tour : _____

Marche à l'intérieur

Seul non oui
Avec aide non oui
Aide requise d'une personne non oui
Aide requise de 2 personnes non oui
Orientation spatiale conservée non oui

Sortie du logement

Seul non oui
Avec aide non oui
Aide requise d'une personne non oui
Aide requise de 2 personnes non oui
Orientation spatiale conservée non oui

Escaliers

non concerné

Seul non oui
Aide d'une personne non oui
Aide requise d'une personne non oui

Ascenseur

non concerné

Seul non oui
Aide d'une personne non oui
Aide requise d'une personne non oui

Déplacements en fauteuil roulant

non oui

Seul non oui
Avec aide non oui
Aide requise d'une personne non oui

TACHES DOMESTIQUES

Aide requise au niveau des tâches domestiques Non oui

faire les courses
entretenir le logement
assurer l'entretien de l'équipement nécessaire
changer, laver, entretenir les vêtements

Description - D: _____
- AI : _____

Supplément TD requis

Non oui

Indication : _____

SOUTIEN/CONSEIL

Occupations/loisirs du demandeur

Description - D: _____
- AI : _____

Contacts sociaux (antérieurs et actuels)

Description - D: _____
- AI : _____

SO101 et SO102 Surveillance/garde à domicile et Activités de groupe spécialisé

La personne peut-elle rester seule ?

Oui
Non

Description - D: _____
- AI : _____

La personne se trouve-t-elle toujours à domicile/dans l'établissement ?

Non Description - D: _____

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| | - AI : |
| <input type="checkbox"/> Oui | Description - D: - AI : |

Le demandeur fréquente-t-il une structure protégée/consomme-t-il des activités de groupe spécialisé ?

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | Description - D: - AI : |
| <input type="checkbox"/> Oui | Description - D: - AI : |

Indications :

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes physiques : | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes psychiques : | |

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Surmenage de l'aidant informel | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Isolement de la personne | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--|

SO108 Sorties avec la personne

Le demandeur est-il capable de faire des sorties à l'extérieur ?

| | |
|------------------------------|--|
| Non <input type="checkbox"/> | Description - D: - AI : |
| Oui <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> seul : |
| | <input type="checkbox"/> avec tierce personne |
| | |
| | |
| | Indications : |
| | <input type="checkbox"/> Problèmes physiques : |
| | <input type="checkbox"/> Problèmes psychiques |

SO103 – SO107 et SO110 Soutien individuel

| Profession : ¹ | Objectif : | Séances | Bilan disponible |
|---------------------------|------------|---------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

CS201-CS213 Conseil bénéficiaire

| Profession : ² | Objectif : | Séances |
|---------------------------|------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

CS214 – CS219 Conseil entourage

| Profession : ² | Objectif : | Séances |
|---------------------------|------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

MODULE : Contexte architectural

La personne est: Propriétaire Locataire Copropriété
 Alentour de l'habitation: terrain plat en pente

1. Accessibilité externe :

Entrée principale:

Type d'escalier: droit rayonnant hélicoïdal

¹ 7 cases: infirmier psychiatrique / assistant social / ergothérapeute / kinésithérapeute / psychologue / éducateur / autre

² 8 cases: infirmier / infirmier psychiatrique / assistant social / ergothérapeute / kinésithérapeute / psychologue / éducateur / autre

Nombre de marches: _____ largeur: _____ hauteur: _____ profondeur

Palier: largeur: _____

Revêtement de sol:

Main-courante:

Porte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Abord et alentour:

Difficultés rencontrées:

Solutions envisagées:

Entrée secondaire:

Situation et utilisation:

Type d'escalier: droit rayonnant hélicoïdal

Nombre de marches: _____ largeur: _____ hauteur: _____ profondeur

Palier: largeur: _____

Revêtement de sol:

Main-courante:

Porte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Abord et alentour:

Difficultés rencontrées:

Solutions envisagées:

2. Lieu de vie:

Structure immobilière appartement
 maison
 institution

Situation ville
 campagne

Cuisine:Porte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Revêtement de sol:

Difficultés rencontrées:**Solutions envisagées:****Salle-à-manger:**Porte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Revêtement de sol:

Difficultés rencontrées:**Solutions envisagées:****Chambre:**Porte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Revêtement de sol:

Lit: largeur: _____ cm longueur: _____ cm hauteur: _____ cm

Descriptif de la chambre:

WCPorte: Sens d'ouverture: intérieur extérieur largeur: _____

Revêtement de sol:

Descriptif du WC: _____**Difficultés rencontrées:****Solutions envisagées:****Circulation horizontale**

Rez-de-chaussée: largeur couloir

Etage: largeur couloir

Revêtement de sol:

Autres (accès balcon ou terrasse):

Difficultés rencontrées:**Solutions envisagées:****Circulation verticale**-1 vers 0:Type d'escalier: droit rayonnant hélicoïdal

Nombre de marches: _____ largeur: _____ hauteur: _____ profondeur

Palier: largeur: _____

Revêtement de sol:

Main-courante:

0 vers 1 :Type d'escalier: droit rayonnant hélicoïdal

Nombre de marches: _____ largeur: _____ hauteur: _____ profondeur

Palier: largeur: _____

Revêtement de sol:

Main-courante:

1 vers 2 :Type d'escalier: droit rayonnant hélicoïdal

Nombre de marches: _____ largeur: _____ hauteur: _____ profondeur

Palier: largeur: _____

