

Nom : Prénom :

1. Nature et date de la lésion cérébrale acquise : / /

Traumatisme Crânien, précisez (**AVP, agression, accident domestique, de sport, ...**) :
.....
.....

Accident Vasculaire Cérébral

Autres, précisez :
.....

2. Capacités cognitives (**si vous cochez une case, précisez le type et niveau de sévérité**) :

La personne a des difficultés à s'exprimer et à comprendre oralement :
.....
.....

La personne a des difficultés à s'exprimer et à comprendre à l'écrit :
.....
.....

La personne utilise des moyens alternatifs de communication :
.....
.....

La personne a des difficultés de mémoire :
.....
.....

La personne est fatigable :
.....
.....

3. Comportement / humeur

La personne peut présenter de l'agressivité : verbale ou physique, envers elle-même ou les autres, dans quelles situations ?

.....

.....

.....

.....

.....

La personne peut présenter des comportements désinhibés :

.....

.....

.....

.....

.....

La personne a besoin d'être stimulée :

.....

.....

.....

.....

.....

La personne est facilement anxieuse ou déprimée :

.....

.....

.....

.....

.....

La personne peut présenter des idées délirantes :

.....

.....

.....

.....

.....