

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**L'Autonomie dans la vie quotidienne de la personne**

➤ **Equilibres et déplacements**

◆ Rester debout immobile :  avec aide  sans aide

◆ Monter / descendre 4 ou 5 marches :  Oui  Non

◆ Se déplacer avec :	à l'intérieur	à l'extérieur	Remarques
Une canne tripode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Un fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Un fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Est valide, se déplace seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Capacité à sortir seule à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
◆ Prendre les transports en commun	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....

◆ Effectuer des transferts (dans le cas où la personne est en fauteuil roulant) :

	Oui	Non	Précisez l'aide humaine/l'aide technique
• Du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Du fauteuil au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Des toilettes au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Du fauteuil roulant manuel au fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Du fauteuil roulant électrique au fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Capacité à se lever seule :			
• d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• de son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

➤ **Sur les temps de repas**

La personne	seule	surveillance	aide totale	Remarques
◆ Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Coupe sa viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Se sert de l'eau avec un pichet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Porte le verre à sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Utilise-t-elle des aides techniques pour s'alimenter ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Si Oui, lesquelles ? .....

◆ Présente-t-elle un risque de fausse route ?  Oui  Non

◆ A-t-elle un régime particulier ?  Oui  Non

Si Oui, lequel ? .....

◆ Bénéficie-t-elle d'un mode d'alimentation particulier ?  Oui  Non

Si Oui, lequel ? (Mixé, haché, boisson épaissie) .....

➤ **Sur les temps d'hygiène**

La personne effectue ces gestes / actions :

	Seule	Stimulation	Surveillance	Aide totale	Remarques et aides techniques
◆ Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ La toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ La toilette du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ S'habiller le haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ S'habiller le bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Déshabiller le haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Déshabiller le bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Lacer ses chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
◆ Se maquiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Temps de prise en charge : Matin : ..... Soir : .....

➤ **Concernant l'élimination**

◆ Utilise-t-elle les toilettes seule ?  Oui  Non  Avec surveillance

◆ La personne est-elle continente ?  
 urinaire  diurne  nocturne

fécale  diurne  nocturne

◆ Dispose-t-elle de protections ?  Oui  Non  Aide technique : .....

➤ **Concernant le port de prothèse**

La personne porte-t-elle :	Oui	Non	Remarques (gestion et entretien)
• Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• Des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si autres, précisez : .....			

➤ **Concernant le matériel spécifique**

La personne utilise-t-elle ?	Oui	Non	Remarques
• un lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
• un siège douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si autres, précisez : .....			

➤ **Concernant la gestion courante**

	Oui	Non	Avec aide
♦ Si elle fume, est-elle en capacité de gérer seule ses cigarettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Gère-t-elle seule son argent personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Est-elle en capacité de faire seule des achats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **De quelle prise en soins paramédicale bénéficie la personne ?**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

➤ **De quelle prise en soins par un autre professionnel de santé bénéficie la personne ?**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Autres, précisez : .....				

➤ **De quel suivi médical bénéficie-t-elle ?**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
♦ Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Si Oui, précisez : .....				
.....				
.....				