

Nom : Prénom :

Données socio-professionnelles

➤ Avant la lésion cérébrale

- ◆ **Type d'hébergement** : Logement personnel ou familial Structure sociale ou médico-sociale

Nom de la structure :

◆ **Statut du demandeur** :

- Pas encore scolarisé(e) Scolarisé en Etudiant(e) en
- En formation professionnelle Type
(Ex : apprenti électricien, BP Informatique, ...)
- Demandeur d'emploi Inaptitude à l'emploi (ex : notifié par MDPH, Médecine du travail, etc...)
- Retraité(e) de – 60 ans
- Salarié(e) ou Retraité(e) du : Public Privé

Type d'emploi (ex : secrétaire, chauffeur, ...) :

Secteur d'activité (ex : transport, distribution, bâtiment, ...) :

➤ Parcours depuis la sortie d'hospitalisation

- ◆ **Quel a été votre parcours à l'issue de votre période d'hospitalisation ? (Plusieurs cases peuvent être cochées)**

- Retour à votre domicile Retour au domicile d'un proche
- Avec le soutien d'un aidant familial
- Avec l'intervention d'un SAVS
- Avec l'intervention d'un SAMSAH
- Accompagné(e) par une équipe mobile
- Avec l'intervention d'Aides à domicile
- Avec un accueil à l'hôpital de jour
- Avec l'intervention d'un SSIAD
- Avec une participation au GEM (groupe d'entraide mutuelle)
- En centre d'activités de jour (CAJ)
- Accueil en UEROS
- Expérience professionnelle en ESAT/ Entreprise Adaptée

- Accueil en Famille d'Accueil
- Accueil dans un établissement médico-social (Foyer de vie, Foyer d'Hébergement, FAM...)
- Autres, précisez :

Merci de retranscrire le parcours de la personne avec précision : date, lieu d'hébergement, quels accompagnements et soutiens proposés et joindre, si possible, les bilans qui s'y rapportent :

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

➤ Actuellement

◆ Lieu d'hébergement de la personne

- Dans son domicile

Depuis le : / /

- Dans son domicile avec prise en charge adaptée (CAJ, SAVS, SAMSAH, Intervention SSIAD, Auxiliaire de vie, équipe mobile, hôpital de jour...)

Précisez :

Depuis le : / /

- Au domicile d'un proche

Depuis le : / /

Au domicile d'un proche avec prise en charge adaptée (CAJ, SAVS, SAMSAH Intervention SSIAD, auxiliaire de vie, équipe mobile, hôpital de jour...)

Précisez :

Depuis le : / /

En établissement de santé : Centre Hospitalier/ Etablissement Psychothérapique/ Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

Depuis le : / /

En établissement médico-social : FAM, FH, IME, ...

Depuis le : / /

Autres (EHPAD, Famille d'Accueil, ...)

Depuis le : / /

Nom :

Service :


Adresse :

CP : Ville :

Nom et prénom du Référent :

Rôle auprès de la personne concernée :

E-mail :@.....



➤ **Situation socio-professionnelle actuelle**

Sous contrat de travail CDD CDI Emploi occupé :

Arrêt Maladie longue durée Licencié / en cours de licenciement

Accident du Travail Inaptitude au travail

Données socio-culturelles de la personne

➤ Quelles sont les activités antérieures à l'accident pratiquées par la personne ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Aujourd'hui comment gère-t-elle son temps libre :

.....

.....

.....

➤ Quelles activités sont susceptibles de l'intéresser ?

Manuelles, lesquelles :

Sportives, lesquelles :

Culturelles, lesquelles :

Autres :

.....

.....

➤ **Projet**

◆ La personne exprime-t-elle des projets pour son avenir ? Oui Non

Si Oui, lesquels :

.....

.....

.....

◆ Quelles sont les motivations pour la personne à intégrer un centre de réinsertion sociale ?

.....

.....

.....

.....

.....