**VOLET AUTONOMIE ET PARTICIPATION SOCIALE**

**Nom** :  **Prénom** :  **Document complété le :** 

**BESOINS POUR L’ENTRETIEN PERSONNEL**

1. **BESOINS POUR La toilette**

**AUTONOMIE**

**Seul  Aide partielle, précisez :**  **Aide totale, précisez :** 

**MATERIEL SPECIFIQUE**

**Aucun  Lève personne  Autre, précisez :** 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA TOILETTE – Précisez:**



1. **BESOINS POUR prendre soin des parties de son corps/lavage**

**POSITION  Allongée  Assise  Debout  Autre, précisez :** 

**AUTONOMIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Le haut du corps** | **Le bas du corps** | **Précisez** |
| **Se lave seul(e)** |  |  |  |
| **Aide partielle pour** |  |  |  |
| **Aide totale pour** |  |  |  |

**MATERIEL SPECIFIQUE**

**Aucun  Tabouret/Fauteuil de douche  Lève-personne  Brancard élévateur pour le bain**

**Verticalisateur  Lit douche  Autre, précisez :** 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE SOIN DES PARTIES DE SON CORPS – Précisez :**



1. **BESOINS POUR l’ELIMINATION**

**AUTONOMIE**

**Va de lui-même aux toilettes  Manifeste son envie – Précisez :** 

**Doit être sollicité – Précisez :**   **Port de changes :**  Nocturne  Diurne

**Fréquence des changes** (nombre/jour – nuit + heures)**:** 

**Participation lors du change :**  Aide totale  Aide partielle  Autre, précisez :

**MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES**

**Installation sur les toilettes  Installation sur un Montauban  Urinal / Bassin**

**Installation avec rehausseur** (fournir la prescription)

**Sangle prescrite** (fournir la prescription de contention)  **Sonde urinaire  Poche urinaire**

**Poche de stomie  Autre, précisez :** 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR l’ELIMINATION –** Précisez (ex, peut toucher ses selles, risque de coprophagie, etc..) :



1. **BESOINS POUR s’HABILLER ET SE DESHABILLER**

**HABILLAGE**

**POSITION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pour le haut du corps** | **Pour le bas du corps** | **Précisez** |
| **Allongée** |  |  |  |
| **Assise** |  |  |  |
| **Debout** |  |  |  |

**AUTONOMIE**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Le haut du corps** | **Le bas du corps** | **Précisez** |
| **S’habille seul(e)** |  |  |  |
| **Aide partielle pour** |  |  |  |
| **Aide totale pour** |  |  |  |

**BAS DE CONTENTION**

**OUI  NON**

**HYGIENE ET CHOIX VESTIMENTAIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Choisit ses habits** | **Hygiène vestimentaire** | **Précisez** |
| **Seul(e)** |  |  |  |
| **Avec une aide partielle** |  |  |  |
| **Aide totale** |  |  |  |

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR L’HABILLAGE** – Précisez**:**



**DESHABILLAGE**

**POSITION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pour le haut du corps** | **Pour le bas du corps** | **Précisez** |
| **Allongée** |  |  |  |
| **Assise** |  |  |  |
| **Debout** |  |  |  |

**AUTONOMIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Le haut du corps** | **Le bas du corps** | **Précisez** |
| **Se déshabille seul(e)** |  |  |  |
| **Aide partielle pour** |  |  |  |
| **Aide totale pour** |  |  |  |

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LE DESHABILLAGE** – Précisez :



1. **BESOINS POUR s’ALIMENTER**

**AUTONOMIE**

**Mange**:  Seul  Aide partielle, précisez :

Gastrotomie

**Risque de fausses routes :**  OUI  NON Précisez, comment les éviter :

**MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES**

**Matériel adapté :**  OUI, précisez (cuillère, assiette, etc…) :   NON

**Appareillage dentaire** : OUI, précisez :   NON

**Installation spécifique** :  Besoin d’isolement  Besoin de prendre ses repas en collectif

Autre, précisez : 

**TEXTURE DES ALIMENTS**

**Normale  Mixée  Liquide  Hachée  Autre – précisez :** 

**REGIME ET GOUTS ALIMENTAIRES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Régime/ allergies/Aliments contre-indiqués** | **Préférences alimentaires** | **Dégouts** |
|  |  |  |

**BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR LES REPAS** – Précisez :

1. **boissons/hydratation**

**AUTONOMIE**

**Boit :**  Seul  Aide partielle, précisez :  Aide totale  Gastrotomie

**Risques de fausses routes**:  OUI, précisez comment les éviter  NON

**MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES**

**Matériel adapté :**  OUI, précisez (verre, paille, etc) :   NON

**Installation spécifique :**  Besoin d’isolement  Autre, précisez :

**TEXTURE**

**Normale  Gélifiée Gazeuse Gastrotomie  Autre, précisez** : 

**REGIME ET GOUTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Boissons contre-indiquées/Vigilance à l’alcool** | **Préférences** | **Dégouts** |
|  |  |  |

**BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR PRENDRE LES BOISSONS** – Précisez :



1. **besoins pour le sommeil**

**LE SOMMEIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **REVEIL** | **COUCHER** | **SIESTE** | | **Heure habituelle** |  |  |  | |  |

**MATERIEL SPECIFIQUE**

**Le lit :**

Électrique  Mécanique Barrières  Potence Lit bas (fournir la prescription)

Autre, précisez : 

**Protections de barrières** :  OUI  NON

**BESOIN DE MATERIEL SPECIFIQUE AU LIT** (ex : oreiller anatomique, cales, coussins, etc…) – Précisez : 

**Matelas anti-escarres :**  OUI  NON

Si oui :  Gaufrier (« à plots »)  Mousse mémoire  Air (si matelas à air, fournir l’ordonnance 72h avant l’accueil)

Autre, précisez : 

**Couchage :**  Traversin  Draps  Arceau  Oreiller  Couverture  Alèze absorbante

Autres, précisez : 

**Vêtements :**

Chemise de nuit  Pyjama  Cotte  Culotte ou Body Aucun  Autres, précisez : 

**Médicaments pour le sommeil :**

Ne prend pas de médicament pour le sommeil Traitement en cours de nuit

Somnifère

**BESOINS PARTICULIERS FAVORABLES A L’ENDORMISSEMENT** (TV, lumière, musique, peluche, hydratation, etc…)

Précisez :



**SECURITE LA NUIT**

**Risque de chute du lit** :  OUI  NON **Utilisation d’une sonnette d’appel :**  OUI  NON

**Position**:  Sur le dos  Sur le ventre  Prévention d’escarres, précisez : 

Changement de position, précisez :  Autre, précisez : 

**BESOINS PARTICULIERS / POINT DE VIGILANCE/ COMPORTEMENT NOCTURNE** (sommeil tranquille, agitation, peurs particulières, fermeture de la porte à clef, etc…)**OU Protocole** – Précisez**:**



**BESOINS EN LIEN AVEC LES RELATIONS ET LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI**

1. **besoins pour communiquer/mener une conversation ou une discussion**

**COMMUNICATION AUDITIVE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oreille gauche** | **Oreille droite** | **Précisez** |
| **Audition altérée** |  |  |  |
| **Prothèses** |  |  |  |
| **Autres, précisez :** |  |  |  |

**COMMUNICATION VISUELLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Œil gauche** | **Œil droit** | **Précisez** |
| **Vision altérée** |  |  |  |
| **Lunettes pour** |  |  |  |
| **Lentilles pour** |  |  |  |
| **Autres, précisez :** |  |  |  |

**COMMUNICATION VERBALE**

**COMPREND :**  Langage  Quelques phrases simples  Les gestes  Quelques mots  L’intonation

Les mimiques  Le regard  Vocalisation  Autres, précisez : 

**S’EXPRIME PAR :**  Langage adapté  Quelques phrases adaptées  Quelques mots adaptés

Des sons significatifs L’intonation Les gestes Les mimiques  Le regard

Autre (pictogramme), précisez : 

**Capacité à exprimer ses choix :**  OUI  NON

**Peut répondre par :**  OUI  NON Comment : 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR COMMUNIQUER** – Précisez :



1. **besoins pour les interactions avec autrui**

**RELATION AVEC LES AUTRES RESIDENTS**

**Les recherche  Les sollicite  Indifférent**

**TOUCHER/CONTACT**

**Apprécie le contact physique, lequel :**  **Le sollicite Indifférent  Le repousse**

**Fluctuant Autres,** précisez :

**Mode de contact le plus apprécié** (toucher, parole, jeux…) : 

**Préférences pour certaines textures**, précisez : 

**Répulsions pour certaines textures**, précisez : 

**SENSIBILITÉ**

**A la douleur,** précisez :   **Au chaud**, précisez : 

**Au froid**, précisez :   **Aucune sensibilité**, précisez : 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI** – Précisez :

**BESOINS POUR LA MOBILITE**

1. **besoins pour la mobilite**

**DEPLACEMENT A L’INTERIEUR**

**N’a pas besoin de matériel  Cannes  Déambulateur  Verticalisateur**

**Fauteuil roulant,** précisez :  Electrique  Manuel  Avec aide  Seul

**Aménagement particulier**, précisez (ex : fauteuil, coquille) : 

**Autre**, précisez : 

**DEPLACEMENT A L’EXTERIEUR**

**N’a pas besoin de matériel  Cannes  Fauteuil roulant  Déambulateur  Electrique  Manuel**

**Avec aide  Seul  Autres**, précisez : 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES DEPLACEMENTS** – Précisez :



**BESOINS POUR PRENDRE DES DECISIONS ADAPTEES ET POUR LA SECURITE**

1. **besoins pour s’orienter dans le temps et dans l’espace**

**DISTINCTION**

**Jour/nuit :  OUI  NON Matin / Après-midi :  OUI  NON Jours de la semaine :  OUI  NON**

**REPERES**

**Dans l’espace :  OUI  NON Dans les locaux habituels :  OUI  NON**

**A l’extérieur :  OUI  NON**

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR S’ORIENTER DANS LE TEMPS ET L’ESPACES**

Précisez :



1. **besoins pour prendre des decisions et des initiatives**

**NOTION DU DANGER**

**Pour lui-même :  OUI  NON Pour les autres :  OUI  NON**

**PRISE DE DECISION**

**Peut se mettre en danger :  OUI  NON Peut mettre en danger les autres :  OUI  NON**

**AUTORISATION DE SORTIE**

**Peut sortir seul sans danger :  OUI  NON**, précisez : 

**Est autorisé à sortir seul :  OUI  NON**

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDES DES DECISIONS ET DES INITIATIVES**

Précisez :



1. **besoins pour gerer le stress / AUTRES EXIGENCES PSYCHOLOGIQUES**

**COMPORTEMENT**

**Sensibilité aux ambiances bruyantes** (cris, bruits, etc…), précisez : 

**S’intéresse à ce qui l ‘entoure** (lieux, objets, etc. …), précisez : 

**S’intéresse à ce qui se passe autour de lui** (évènements, activités), précisez : 

**Capacité d’adaptation**, précisez : 

**Réaction à la frustration**, précisez : 

**Situations particulières** (automutilation, potomanie, etc…), précisez : 

**Surveillances particulières** (ingestion de substances non alimentaires), précisez : 

**Objet transitionnel**, précisez :   **Auto agressivité**, précisez : 

**Hétéro agressivité**, précisez :   **Désinhibition**, précisez : 

**Protocoles du trouble du comportement**, précisez : 

**Risque de fugue**

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA GESTION DU STRESS**  – Précisez :



**BESOINS POUR LA PARTICIPATION SOCIALE**

1. **besoins en lien avec la recreation et les loisirs**

**CENTRES D’INTERETS**

**Activités intérieures favorites** (musique, TV, coloriage, sieste, dessin, …) : 

**Activités extérieures favorites** (ballade, cinéma, courses, ..) : 

**Lieux et ambiances préférentiels pour les sorties**, précisez : 

**Contacts possibles avec l’animal ?  OUI  NON** Précisez : 

**Autres**, précisez : 

**PREFERENCE POUR LES ACTIVITES**

**Activités individuelles  Activités en petit groupe  Activité de groupe  Indifférent**

**HABITUDES DE VIE**

**La personne fume-t-elle ?  OUI  NON**

**Besoin d’une intervention éducative ?  OUI  NON** Précisez (fumer, gestion budgétaire,…) : 

**BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA RECREATION ET LES LOISIRS**

Précisez :

