**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 :

