

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 :

2. 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 :

3. 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..) :

4. BESOINS POUR S'HABILLER ET SE DESHABILLER

HABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
S'habille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

BAS DE CONTENTION

- OUI NON

HYGIENE ET CHOIX VESTIMENTAIRE

	Choisit ses habits	Hygiène vestimentaire	Précisez
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

DESHABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se déshabille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

5. 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

6. 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

--

7. 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
8. BESOINS POUR COMMUNIQUER/MENER UNE CONVERSATION OU UNE DISCUSSION
COMMUNICATION AUDITIVE

	Oreille gauche	Oreille droite	Précisez
Audition altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, précisez :			

COMMUNICATION VISUELLE

	Œil gauche	Œil droit	Précisez
Vision altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunettes pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lentilles pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 :

9. 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

10. 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

11. 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 :

12. 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 PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

Précisez :

13. 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 (événements, 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

14. 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 préférés 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 :