|  |  |
| --- | --- |
| LOGO DU CRT | LOGO DAC |

Modèle BFC\_2024

DOSSIER D’EVALUATION

|  |  |
| --- | --- |
| Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | No du CPC :       |
|  |

|  |
| --- |
| CONSENTEMENT PATIENT [ ] *Cocher si le patient a donné son consentement*CONSENTEMENT DU RESPONSABLE LEGAL [ ] *Cocher si le représentant légal a donné son consentement*  |

|  |
| --- |
| 1. SITUATION ADMINISTRATIVE
 |
| **1.1 Identité**Nom :      Nom de jeune fille :     Prénom :      Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Lieu de naissance : Commune :       Code postal      **1.2 Situation familiale** : Marié(e) [ ]  Célibataire [ ]  Pacsé(e) [ ]  Séparé(e) [ ]  Vie maritale [ ]  Veuf(ve) [x] Nombres d'enfants      **1.3 Coordonnées**Adresse de résidence :      Commune :       Code postal      Téléphone :      Mail :      Langue pour communiquer :       |
|  **1.4 Conflit familial** : Oui [ ]  Non [ ]  | Obligatoire : CNI - Passeport - Titre de Séjour - |

|  |
| --- |
| 1. FAMILLE ET PROCHE
 |
| Contact 1 |
| Nom       Prénom      Qualité      Adresse postal       Mail      Téléphone :      Aidant principal (pers. qui réalise acte) [ ]  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) [ ]  |
| Contact 2 |
| Nom       Prénom      Qualité      Adresse postal       Mail      Téléphone :      Aidant principal (pers. qui réalise acte) [ ]  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) [ ]  |
| Contact 3 |
| Nom       Prénom      Qualité      Adresse postal       Mail      Téléphone :      Aidant principal (pers. qui réalise acte) [ ]  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) [ ]  |
| Contact 4 |
| Nom       Prénom      Qualité      Adresse postal       Mail      Téléphone :      Aidant principal (pers. qui réalise acte) [ ]  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. PROTECTION JURIDIQUE
 |
| Protection Administrative  | Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas [ ]  |
| Protection Juridique  | Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas [ ]  |
| Type de mesure |
| [ ]  Aide éducative en milieu ordinaire[ ]  Curatelle simple[ ]  Mandat de protection future[ ]  MJIE[ ]  Tutelle[ ]  Tutelle aux prestations sociales [ ]  Curatelle aménagée  Curatelle renforcée | [ ]  Décision de placement[ ]  Habilitation familiale[ ]  MAJ [ ]  MASP[ ]  Pupille de l'état[ ]  Sauvegarde de justice [ ]  Tutelle aux prestations sociales adulte |
| Demande en cours : Oui [ ]  Non [ ] Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Renouvellement dans (Nb de jours) :      Date de la décision : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Précisions/ Observations |
|  |
|  |
| 1. PRISE EN CHARGE SOCIALE
 |
| Oui [ ]  *Cocher ou préciser ci-dessous le type de prise en charge* | Non [ ]  |
| [ ]  PMI[ ]  Assistante sociale hospitalière[ ]  Assistante sociale département[ ]  Autre. Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| 1. PARCOURS DE VIE
 |
| **5.1 Statuts ou situation professionnelle** : Préscolaire [ ]  Scolarisation [ ]  Vie professionnelle/ actif [ ]  Retraite [ ] Merci de préciser (par exemple : Garderie, école, établissement, entreprise, profession, depuis quand, type de dipôme préparé, poste occupé, type de contrat, etc….)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**5.2 Ressources financières** :       |
| 1. ENVIRONNEMENT DE VIE
 |
| **6.1 Recherche de logement** : Oui [ ]  Non [ ] . Localisation : Urbain [ ]  Rural [ ] **6.2. Type de logement actuel** : Maison [ ]  Appartement [ ]  Résidence-Foyer [ ]  Autre [ ] * Localisation du logement : Urbain [ ]  Rural [ ]
* Statut d'occupation du bien immobilier :

Propriétaire [ ]  Copropriétaire [ ]  Usufruitier [ ]  Hébergé à titre gratuit [ ]  Accueil Familial [ ]  Locataire du Parc Public [ ]  Locataire du Parc Privé [ ] * Modalités d’accès au logement : Escalier [ ]  Etage avec ascenseur [ ]  Marches [ ]  Plain-pied [ ]  Autre [ ] . Préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* S’agit-il d’un logement précaire : Oui [ ]  Non [ ]
 |
| **6.3 Description du logement :** * Intérieur du logement : Adapté [ ]  Non-adapté [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Présence de marches  | [ ] Sols défectueux (glissant, vétuste)  |
| [ ] Tapis ou mobilier gênants les déplacements | [ ]  Taille des pièces et des zones de circulation inadaptés au maintien à domicile |
| [ ]  Equipement inadapté (vétuste ou absent) | [ ]  Autres :       |

Chauffage : Oui [ ]  Non [ ] . Préciser :      Présence d'animaux : Oui [ ]  Non [ ] Parasites et nuisibles : Oui [ ]  Non [ ] Eléments posant des difficultés dans les extérieurs proches du logement      Salle de bain et salle d'eau : Adaptée [ ]  Inadaptée [ ]  Absent [ ] WC : Adapté [ ]  Inadapté [ ]  Absent [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. ACCES AUX COMMERCES
 |
| * Moyens de transport utilisés : Véhicule personnel [ ]  Transport collectifs accessible [ ]

Autre [ ] . Préciser :      * Accès aux commerces : Oui [ ]  Non [ ]

Précisez les difficultés d'accès si nécessaire      |
| 1. MODE DE VIE
 |
| * **Situation de logement ou de cohabitation**

Vit seul [ ]  Vit avec une personne [ ]  Vit chez une autre personne [ ] Conjoint en établissement [ ] Précisions (Entourage, bénévoles, fréquence des contacts)       * Activités/occupations

A l'extérieur du domicile [ ]  A l'intérieur du domicile [ ]  Aucune activité Précisions :       |

|  |
| --- |
| 1. PROTECTION SOCIALE
 |
| N°SS :       Date de fin de droits :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Carte Vitale : Oui [ ]  Non [ ]  La personne est-elle l'assurée : Oui [ ]  Non [ ] Caisse de Sécurité Sociale :      CMU : Oui [ ]  Non [ ]  Date d'ouverture et de fin de droits : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**Régime obligatoire** : Régime Général [ ]  Régime Agricole-MSA [ ]  Régime des indépendants-RSI [ ]  Aucun [ ] Autre [ ]  Préciser :      **Préciser :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Adultes handicapés [ ]  Agents EDF GDF[ ]  Agent des collectivités locales[ ]  Artiste [ ]  Auteur[ ]  Assuré non cotisant | [ ]  Assuré retraité[ ]  Assuré volontaire[ ]  Bénéficiaires de la PUMA (ex. CMU)[ ]  Conventions internationales bilatérales | [ ]  Conventions internationales CEE [ ]  Cotisant et assimilé[ ]  Etudiant[ ]  Fonctionnaire et ouvrier de l'état [ ]  Invalide de Guerre[ ]  Praticien et auxiliaires médicaux |

Autre. Préciser      Mutuelles :      Caisse de retraite principale :       Caisse de retraite complémentaire :       |
| Documents : Carte vitale - Carte mutuelle  |

|  |
| --- |
| * 1. **ALD**
 |

ALD : Oui [ ]  Non [ ]  Date fin ALD :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

*Préciser le type d’ALD ci-dessous :*

☐ Accident vasculaire cérébral invalidant ;

☐ affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires ;

☐ rectocolite hémorragique et maladie de crohn évolutives ;

☐ artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;

☐ diabète de type 1 et diabète de type 2 de l’adulte ou de l’enfant ;

☐ bilharziose compliquée ;

☐ déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (vih) ;

☐ formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;

☐ hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;

☐ hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;

☐ insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;

☐ insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;

☐ insuffisance respiratoire chronique grave : bpco, asthme grave ;

☐ maladie d'alzheimer et autres démences ;

☐ maladies chroniques actives du foie (hépatite b ou c) et cirrhoses ;

☐ maladie coronaire : infarctus du myocarde ;

☐ maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;

☐ mucoviscidose ;

☐ maladie de parkinson ;

☐ néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale) ;

☐ paraplégie ;

☐ polyarthrite rhumatoïde évolutive ;

☐ suites de transplantation d'organe ;

☐ sclérose en plaques ;

☐ scoliose idiopathique structurale évolutive ;

☐ spondylarthrite grave ;

☐ tuberculose active, lèpre ;

☐ tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique dont :

☐ vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

|  |
| --- |
| 1. APA ???
 |
| * Statut : En cours d'instruction [ ]  En cours de validité [ ]  Refusée .
* Date d'effet : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Date de fin de validité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* GIR
* Petite unité de vie : Préciser : Nombre d’heure

[ ] GIR1 [ ] GIR2 [ ] GIR3 [ ] GIR4 [ ] GIR5&6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Accueil de jour  | [ ]  Accueil familial MG | [ ]  Accueil familial SMIC |
| [ ]  Installation téléalarme | [ ]  Télésurveillance sans abonnement | [ ]  Supplément dépendance  |
| [ ]  Aide technique divers | [ ]  Aide à domicile | [ ]  Aide à domicile dim et JF |
| [ ]  Aide à domicile revenu inférieur | [ ]  Aide à domicile revenu inférieur dim et JF | [ ]  Aide à domicile revenu supérieur |
| [ ]  Aide à domicile revenu supérieur dim et JF | [ ]  Portage des repas | [ ]  Garde à domicile de jour |
| [ ]  Garde à domicile de jour dim et JF | [ ]  Garde à domicile de nuit | [ ]  Garde à domicile de nuit dim et JF |
| [ ]  Garde à domicile de nuit revenu inférieur | [ ]  Garde à domicile de nuit revenu supérieur | [ ]  Hébergement temporaire |

 |
| **PRESTATIONS ET DROITS HORS APA** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  AAH | [ ]  AEEH | [ ]  Action Sanitaire et Sociale Assurance Maladie |
| [ ]  ACTP | [ ]  Aide sociale à l'hébergement | [ ]  AIPP |
| [ ]  AJPP | [ ]  Allocation de soutien familial | [ ]  Allocation journalière d'accompagnement de proche en fin de vie |
| [ ]  Allocation supplémentaire d'invalidité | [ ]  Autre aide extra-légale | [ ]  Carte d'invalidité |
| [ ]  Carte de priorité | [ ]  Carte de stationnement | [ ]  Congés de solidarité familiale |
| [ ]  Dispositif de Sortie d'Hospitalisation | [ ]  FNASS-Soins palliatifs | [ ]  Fonds de compensation du handicap |
| [ ]  Orientation par MDPH | [ ]  PCH | [ ]  PAP |
| [ ]  RQTH  |  |  |

Préciser : (Nombre d’heure ; GIR)       |
| 1. CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
 |
| Oui [ ]  Non [ ] Numéro d'allocataire :      Nom de la CAF :       |

|  |
| --- |
| 1. CERCLE DE SOINS
 |
| * Médecin Traitant

Si Absent Pourquoi ?      |
| * Pharmacie :

Si absent Pourquoi ?      |
| * Infirmier Libéral :

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :      Si absent Pourquoi ?      |
| * Kinésithérapeute :

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :      Si absent Pourquoi ?      |
|
|
| * Service de livraison de repas

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :       |
| * SSIAD

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :       |
| * SAD

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :       |
| * Dentiste

Fréquence des passages :      Jours d'intervention : Lu [ ]  Ma [ ]  Me [ ]  Je [ ]  Ve [ ]  Sa [ ]  Di [ ]  . Heures d’intervention :       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| * Médecins Spécialiste
 | * Médecins Spécialiste
 |
| * Médecins Spécialiste
 | * Médecins Spécialiste
 |
| * Médecins Spécialiste
 | * Médecins Spécialiste
 |

 |
| Autres professionnels |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Pédicure | [ ]  Orthophoniste |
| [ ]  Assistante Sociale (Départementale, Hospitalière, Autres) | [ ]  Téléassistance |
| [ ]  Oxygène | [ ]  Transport |
| [ ]  Fournisseur Matériel | [ ]  Autre. Préciser :       |

 |
| 1. DIAGNOSTICS ET ALERTES
 |
| Diagnostics et dispositifs médicaux / informations importantes / Réactions indésirablesNom :      Source : Patient [ ]  Famille et Proche [ ]  Soignant [ ]  Dossier Patient [ ]  AutresGravité : Risque Vital [ ]  Risque Sérieux [ ]  Sans Risques [ ]  Inconnu [ ] Suspecté [ ]  Confirmé [ ] État Actuel : En cours [ ]  Terminé [ ]  Inconnu [ ] Apparition :     Nom :      Source : Patient [ ]  Famille et Proche [ ]  Soignant [ ]  Dossier Patient [ ]  AutresGravité : Risque Vital [ ]  Risque Sérieux [ ]  Sans Risques [ ]  Inconnu [ ] Suspecté [ ]  Confirmé [ ] État Actuel : En cours [ ]  Terminé [ ]  Inconnu [ ] Apparition :     Nom :      Source : Patient [ ]  Famille et Proche [ ]  Soignant [ ]  Dossier Patient [ ]  AutresGravité : Risque Vital [ ]  Risque Sérieux [ ]  Sans Risques [ ]  Inconnu [ ] Suspecté [ ]  Confirmé [ ] État Actuel : En cours [ ]  Terminé [ ]  Inconnu [ ] Apparition :     Nom :      Source : Patient [ ]  Famille et Proche [ ]  Soignant [ ]  Dossier Patient [ ]  AutresGravité : Risque Vital [ ]  Risque Sérieux [ ]  Sans Risques [ ]  Inconnu [ ] Suspecté [ ]  Confirmé [ ] État Actuel : En cours [ ]  Terminé [ ]  Inconnu [ ] Apparition :     Nom :      Source : Patient [ ]  Famille et Proche [ ]  Soignant [ ]  Dossier Patient [ ]  AutresGravité : Risque Vital [ ]  Risque Sérieux [ ]  Sans Risques [ ]  Inconnu [ ] Suspecté [ ]  Confirmé [ ] État Actuel : En cours [ ]  Terminé [ ]  Inconnu [ ] Apparition :      |
| * Allergies : (médicament, type de manifestations)
* Suivi dentaire : Oui [ ]  Non [ ]
* Besoin d'un appareil : Oui [ ]  Non [ ]

Appareil Dentaire : Haut Oui [ ]  Non [ ]  - Bas Oui [ ]  Non [ ] * Régime alimentaire : Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, type :

Appétit (qualifié par le patient) :      Taille :       Poids :     Perte de poids : Oui [ ]  Non [ ]  Prise de poids : Oui [ ]  Non [ ] Signes de déshydratation : Oui [ ]  Non [ ]  Si Oui préciser :     * Signes d'escarres : Oui [ ]  Non [ ]
 |
| 1. TRAITEMENT
 |
| Connaissance du traitement : Oui [ ]  Non [ ] Qui prépare les médicaments :      Pillulier : Oui [ ]  Non [ ]  Risque IATROGENE : Oui [ ]  Non [ ] Non Observance : Oui [ ]  Non [ ]  |
| Ordonnances traitements (scans) : Comptes rendu et courriers (scans) |
| 1. MATÉRIEL / APPAREILLAGE
 |
| Déambulateur : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Lève Malade : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Verticalisateur : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Disque/planche de transfert : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Lit médicalisé : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Matelas anti escarres : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Chaise garde robe : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Protections : Oui [x]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Fauteuil Roulant : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Fauteuil Confort : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Siège de bain : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Chaise de douche : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Autres : Oui [ ]  Non [ ]  à mettre en place [ ] Préciser :       |
| 1. DIRECTIVES ANTICIPÉES
 |
| Directives Anticipées : Oui [ ]  Non [ ] (Scans) Date de rédaction :      Lieu de conservation : [ ] Personne à contacter :      Date de la signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Signature :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PROBLEMATIQUES |  |
|  | Accompagnement à la fin de vie  | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Demande d'euthanasie / sédation terminale |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Vie quotidienne - Tâches domestiques (entretien/courses…) | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à faire ses courses |  |  |  |
|  | Difficulté/ incapacité à s'organiser et entretenir le domicile |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à entretenir le linge |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à préparer le repas |  |  |  |
|  | Entretenir l'extérieur du domicile |  |  |  |
|  | Vie quotidienne - Soins d'hygiène | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à effectuer les soins d'hygiène |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à utiliser les toilettes |  |  |  |
|  | Alimentation, nutrition, hydratation | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à s’alimenter |  |  |  |
|  | Déficit nutritionnel |  |  |  |
|  | Déshydratation / risque de déshydratation |  |  |  |
|  | Perte de poids |  |  |  |
|  | Prise de poids |  |  |  |
|  | Refus alimentaire |  |  |  |
|  | Troubles bucco-dentaires |  |  |  |
|  | Troubles de l’alimentation (anorexie, boulimie, obésité surpoids...) |  |  |  |
|  | Troubles de la déglutition : Fausse route, Risque de fausse route |  |  |  |
|  | Vomissements / nausées |  |  |  |
|  | Non-adhésion au régime diététique |  |  |  |
|  | Communication | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés de communication expressive |  |  |  |
|  | Difficultés avec les outils technologiques (téléphone, smartphone, ordinateur...) |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à alerter |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à communiquer en français |  |  |  |
|  | Incapacité à comprendre et à traiter l’information |  |  |  |
|  | Culture, loisirs, sports |  | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés d'accès aux loisirs / sports / culture |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elimination | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité liée à la sonde et/ou stomie |  |  |  |
|  | Troubles de l’élimination fécale |  |  |  |
|  | Troubles de l’élimination urinaire |  |  |  |
|  | Difficultés administratives et financières | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés à gérer son budget et ses biens |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à effectuer ses démarches administratives |  |  |  |
|  | Précarité / difficulté financière |  |  |  |
|  | Problématiques juridiques |  |  |  |
|  | Douleur | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Douleur aigüe |  |  |  |
|  | Douleur chronique |  |  |  |
|  | Douleur induite par les soins |  |  |  |
|  | Douleur non contrôlée |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Entourage / Aidants  | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Conflit familial |  |  |  |
|  | Décès de l’aidant |  |  |  |
|  | Décès du conjoint |  |  |  |
|  | Discordance entre les souhaits de l’entourage et ceux du patient |  |  |  |
|  | Epuisement / risque d’épuisement du conjoint |  |  |  |
|  | Epuisement / risque d'épuisement de l’aidant/des aidants |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité de l'aidant |  |  |  |
|  | Maltraitance / risque de maltraitance |  |  |  |
|  | Perturbation de la dynamique familiale |  |  |  |
|  | Problématique familiale |  |  |  |
|  | Risque ou suspicion d'abus de biens matériels et/ou financiers |  |  |  |
|  | Etat Cutané | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Affection dermatologique |  |  |  |
|  | Altération / risque d'altération de l’état cutané |  |  |  |
|  | Eruption cutanée |  |  |  |
|  | Escarre / risque d’escarre |  |  |  |
|  | Œdème – Lymphœdème |  |  |  |
|  | Plaie aigüe |  |  |  |
|  | Plaie chronique |  |  |  |
|  | Stomie et voie veineuse |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Handicap | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Handicap intellectuel |  |  |  |
|  | Handicap auditif |  |  |  |
|  | Handicap moteur |  |  |  |
|  | Handicap psychique |  |  |  |
|  | Handicap visuel |  |  |  |
|  | Maladie invalidante |  |  |  |
|  | Troubles du spectre de l’autisme |  |  |  |
|  | Isolement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Absence / faiblesse du réseau social  |  |  |  |
|  | Absence / faiblesse du réseau familial |  |  |  |
|  | Isolement ressenti |  |  |  |
|  | Sexualité |  |  |  |
|  | Logement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Insécurité du logement |  |  |  |
|  | Logement inadapté |  |  |  |
|  | Précarité du logement |  |  |  |
|  | Précarité / difficulté énergétique |  |  |  |
|  | Habitat vétuste ou insalubre |  |  |  |
|  | Absence de logement |  |  |  |
|  | Présence de nuisibles |  |  |  |
|  | Présence d'animaux |  |  |  |
|  | Accessibilité difficile |  |  |  |
|  | Mobilité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Chute(s) / risques de chutes |  |  |  |
|  | Difficultés pour les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir...) |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la mobilité à domicile |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la mobilité à l’extérieur |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la conduite automobile |  |  |  |
|  | Syndrome post-chute |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Spiritualité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés d'accès à la spiritualité |  |  |  |
|  | Accès aux droits | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Accès aux droits (APA, remboursements…) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Santé mentale / troubles cognitifs, du comportement et de l'orientation | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés à exprimer ses souhaits, ses aspirations, ses bes |  |  |  |
|  | Deuil compliqué |  |  |  |
|  | Troubles sexuels |  |  |  |
|  | Conduite(s) à risque / addiction(s) |  |  |  |
|  | Agitation |  |  |  |
|  | Agressivité |  |  |  |
|  | Auto-agression |  |  |  |
|  | Troubles du comportement |  |  |  |
|  | Confusion mentale |  |  |  |
|  | Démence |  |  |  |
|  | Dépression / mouvement dépressif / risque de dépression |  |  |  |
|  | Désorientation |  |  |  |
|  | Errance / fugue / déambulation |  |  |  |
|  | Hallucinations |  |  |  |
|  | Perte d’espoir / sentiment d'impuissance |  |  |  |
|  | Troubles mnésiques / perte de mémoire |  |  |  |
|  | Risque de suicide |  |  |  |
|  | Souffrance morale |  |  |  |
|  | Traumatisme psychique |  |  |  |
|  | Trouble de l'humeur : bipolarité, état maniaque, tristesse, anxiété… |  |  |  |
|  | Trouble psychiatrique non stabilisé |  |  |  |
|  | Troubles cognitifs |  |  |  |
|  | Présence d'arme |  |  |  |
|  | Altérations des capacités décisionnelles |  |  |  |
|  | Troubles du langage et/ou des praxies (dysphasie, aphasie, dyspraxie) |  |  |  |
|  | Troubles de l'apprentissage |  |  |  |
|  | Troubles de l’attention et des fonctions associées (mémoire, contrôle exécutif) |  |  |  |
|  | Scolarité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés de scolarité |  |  |  |
|  | Formation / emploi | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté d’accès à l’emploi / à la formation |  |  |  |
|  | Difficultés de maintien dans l'emploi / la formation |  |  |  |
|  | Troubles sensoriels | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Troubles visuels |  |  |  |
|  | Troubles auditifs |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Traitement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Appareillage inadapté |  |  |  |
|  | Automédication à risque |  |  |  |
|  | Difficultés à s’occuper soi-même de la prise des médicaments |  |  |  |
|  | Effets indésirables des traitements |  |  |  |
|  | Non-observance de traitement |  |  |  |
|  | Prise de médicaments à risque de iatrogénie |  |  |  |
|  | Difficultés de renouvellement des ordonnances |  |  |  |
|  | Organisation du suivi | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Absence de médecin traitant |  |  |  |
|  | Non-adhésion de la personne aux soins / aux aides |  |  |  |
|  | Complexité due à de nombreux intervenants / au nomadisme médical |  |  |  |
|  | Pas de consultation médicale au domicile |  |  |  |
|  | Isolement géographique |  |  |  |
|  | Difficultés des acteurs de la prise en soin |  |  |  |
|  | Epuisement des professionnels |  |  |  |
|  | Absence / difficulté du suivi médical |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Sommeil | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Hypersomnie |  |  |  |
|  | Insomnie |  |  |  |
|  | Perturbation des habitudes de sommeil |  |  |  |
|  | Troubles du sommeil - autres |  |  |  |
|  | Troubles du rythme nycthéméral |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Symptômes inconfortables | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Altération / dégradation de l’état général (asthénie / anorexie / perte poids>5% vs habituel) |  |  |  |
|  | Asthénie |  |  |  |
|  | Convulsions / clonies |  |  |  |
|  | Symptômes digestifs |  |  |  |
|  | Symptômes inconfortables |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | OBJECTIFS |  |
|  | Reprendre ou maintenir une activité professionnelle / une scolarité régulière | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagnement éducatif (SAVS, etc…) |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour la scolarité |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour la formation |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour l'emploi |  |  |  |
|  | Accompagnement social aux démarches pour la scolarité |  |  |  |
|  | Accompagnement social aux démarches pour l'emploi |  |  |  |
|  | Aide à la traduction et à l'interprétariat pour la scolarité |  |  |  |
|  | Aide à la traduction et à l'interprétariat pour l'emploi |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides à la scolarité |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides techniques / ergonomie |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'une modalité d'accueil en journée | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accueil de jour |  |  |  |
|  | Ateliers |  |  |  |
|  | Hôpital de jour |  |  |  |
|  | HRMJ |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Les aidants de la personne bénéficient d'un soutien | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Soutien |  |  |  |
|  | Répit |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Disposer d'un hébergement adéquat | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Hébergement temporaire |  |  |  |
|  | EHPAD |  |  |  |
|  | Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) |  |  |  |
|  | Foyer d'Hébergement en Milieu Ordinaire |  |  |  |
|  | Foyer d'Hébergement en Milieu Protégé |  |  |  |
|  | Logement-Foyer |  |  |  |
|  | Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) |  |  |  |
|  | Résidence Autonomie |  |  |  |
|  | Résidence Sénior |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Accéder aux droits (APA / CARSAT, ALD, MDPH, …) | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Congé de solidarité familiale / allocation journalière d'accompagnement |  |  |  |
|  | Constitution de dossier et révision de plan d'aide |  |  |  |
|  | Orientation vers un travailleur social |  |  |  |
|  | Vérification de l'accès aux droits sociaux |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un accompagnement à la gestion administrative et/ou financière | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagnement social aux démarches post-décès |  |  |  |
|  | Aider à l'autonomie pour les paiements courants |  |  |  |
|  | Aider à la lecture de la correspondance |  |  |  |
|  | Dossier de surendettement |  |  |  |
|  | Recherche d'aides financières |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Observer le traitement sans risque iatrogénique | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Bilan de médication |  |  |  |
|  | Conciliation médicamenteuse |  |  |  |
|  | Plan de posologie / Adaptation sécurisée du traitement (génériques, galéniques, posologie journalière) |  |  |  |
|  | Sécuriser le stockage des médicaments (boîte, local…) |  |  |  |
|  | Surveiller le stock de médicaments |  |  |  |
|  | Préparer le pilulier |  |  |  |
|  | Aider à la prise de médicament |  |  |  |
|  | Administrer le traitement médicamenteux |  |  |  |
|  | Surveiller l'observance |  |  |  |
|  | Surveiller la prise médicamenteuse et ses effets |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Disposer d'un logement adapté et sécurisé (intérieur et/ou extérieurs) | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Diagnostic d'insalubrité |  |  |  |
|  | Diagnostic énergétique et conseil |  |  |  |
|  | Intervention d'ergothérapie |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides à l'amélioration du logement |  |  |  |
|  | Réduction de l’accès aux objets dangereux (auto ou hétéro-agressivité) |  |  |  |
|  | Travaux d'adaptation du logement |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S'alimenter / s'hydrater de façon équilibrée | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Surveiller le réfrigérateur / le stock alimentaire |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation (texture normal, haché, mixé) |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation (compléments nutritionnels oraux) |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation (eau gélifiée) |  |  |  |
|  | Aider pour les courses alimentaires |  |  |  |
|  | Aider à la préparation des repas |  |  |  |
|  | Portage de repas |  |  |  |
|  | Surveiller la prise de repas / boissons |  |  |  |
|  | Stimuler la prise hydrique |  |  |  |
|  | Stimuler la prise nutritionnelle |  |  |  |
|  | Aider à la prise de repas |  |  |  |
|  | Nutrition entérale (sonde nasogastrique, gastrostomie, jejunostomie…) |  |  |  |
|  | Nutrition parentérale |  |  |  |
|  | Aider à l'arrêt de l'alimentation (prép. hospi., …) |  |  |  |
|  | Adapter / surveiller l'alimentation selon un régime alimentaire prescrit |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un entretien intérieur et/ou extérieur du logement | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Entretenir le logement |  |  |  |
|  | Entretenir le linge |  |  |  |
|  | Travaux d'entretien (extérieurs, petits travaux…) |  |  |  |
|  | Renforcer l'autonomie de la personne pour les gestes d'entretien |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Maintenir / améliorer l'autonomie physique | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagner à la mobilité dans le domicile |  |  |  |
|  | Accompagner pour les sorties de loisirs |  |  |  |
|  | Accompagner régulièrement aux toilettes |  |  |  |
|  | Activité Physique Adaptée (APA) |  |  |  |
|  | Aider à l'habillage |  |  |  |
|  | Aider pour la toilette |  |  |  |
|  | Gérer les dipositifs d'aide aux fonctions d'élimination (poche, sonde, …) |  |  |  |
|  | Gérer les dispositifs d'incontinence (protections/changes, étui pénien, …) |  |  |  |
|  | Rééducation psychomotrice |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'aides techniques | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Chaussage adapté |  |  |  |
|  | Dispositifs médicaux / appareillages pour la correction des troubles sensoriels |  |  |  |
|  | Matériels médicaux adaptés avec prévention de risque de chute (canne, béquilles, déambulateur, lit avec barrière, lève malade, …) |  |  |  |
|  | Matériels médicaux adaptés autres (lit médicalisé, chaise percée, …) |  |  |  |
|  | Dispositifs médicaux pour la sexualité |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier d'un bilan d'évaluation | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non  | Commentaire |
|  | Bilan nutritionnel |  |  |  |
|  | Bilan cognitif / Consultation mémoire |  |  |  |
|  | Bilan étiologique |  |  |  |
|  | Bilan sanguin |  |  |  |
|  | Bilan somatique |  |  |  |
|  | Evaluation du risque autoagressif / suicidaire / hétéroagressif |  |  |  |
|  | Evaluation gériatrique standardisée (EGS) / évaluation médico-psychosociale gérontologique |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Améliorer le lien social | Intervanant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Actions de développement des liens sociaux |  |  |  |
|  | Actions de développement des liens familiaux |  |  |  |
|  | Actions de développement des liens familiaux (parentsenfants) |  |  |  |
|  | Orientation vers des activités de loisirs |  |  |  |
|  | Orientation vers des activités culturelles et/ou spirituelles |  |  |  |
|  | Renforcement et apprentissage des habiletés sociales |  |  |  |
|  | Soutenir le lien social par contact téléphonique |  |  |  |
|  | Intervention de bénévoles / associations |  |  |  |
|  | Mettre en place des outils de communication adaptés à la personne |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mieux connaître sa maladie / son traitement | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Appui associatif (bénévoles, associations de patients, …) |  |  |  |
|  | Education thérapeutique du patient (ETP) |  |  |  |
|  | Information/éducation/sensibi lisation du patient sur le traitement ou le dispositif médical |  |  |  |
|  | Information/sensibilisation de l'aidant naturel |  |  |  |
|  | Mesures hygiéno-diététiques adaptées (alimentation, activité physique) |  |  |  |
|  | Orientation vers une structure spécialisée |  |  |  |
|  | Mettre en place des actions de prévention primaire (vaccination, hygiène…) |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'une mesure de protection juridique / administrative | Interven | ant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagnement éducatif (AEMO, MIJE, etc…) |  |  |  |  |  |
|  | Protection juridique |  |  |  |  |  |
|  | Protection administrative |  |  |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un accompagnement adapté à la fin de vie | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Aides financières spécifiques : FNASS (dans le cadre de l'acc. fin de vie), … |  |  |  |
|  | Expertise équipe mobile (soins palliatifs) |  |  |  |
|  | Prise en charge pluriprofessionnelle des soins palliatifs |  |  |  |
|  | Rédaction fiche SAMU-Pallia |  |  |  |
|  | Soutien psychologique aidé (fin de vie) |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un parcours de soins coordonné | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagner physiquement aux RDV |  |  |  |
|  | Aider à la prise de RDV |  |  |  |
|  | Aider à l'organisation d'une hospitalisation |  |  |  |
|  | Aider à l'organisation du calendrier de RDV |  |  |  |
|  | Aider à la rédaction des directives anticipées |  |  |  |
|  | Aider aux transferts entre établissements |  |  |  |
|  | Carnet de suivi |  |  |  |
|  | Programmer les transports sanitaires |  |  |  |
|  | Rechercher l'adhésion des professionnels |  |  |  |
|  | Rechercher un médecin traitant ou un autre professionnel/intervenant |  |  |  |
|  | Suivi (téléphonique, VAD) |  |  |  |
|  | Suivi de l’effectivité des rendezvous médicaux |  |  |  |
|  | Organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier de soins psychiques | Intervenant | réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Prise en charge de la dépression |  |  |  |
|  | Psychothérapie / Médiation psychothérapeutique |  |  |  |
|  | Recherche des causes de refus de soin / adaptation du projet de soin |  |  |  |
|  | Soutien psychologique |  |  |  |
|  | Soutien psychologique entourage |  |  |  |
|  | Suivi psychologique |  |  |  |
|  | Suivi psychiatrique |  |  |  |
|  | Suivi sexologique |  |  |  |
|  | Thérapie de groupe |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

Statut: A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier de soins somatiques | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Consultation médicale spécialiste (cardiologue, neurologue, psychiatre…) |  |  |  |
|  | Activités de stimulations physiques, sensorielles et cognitives |  |  |  |
|  | Expertise équipe mobile (santé mentale, gériatrie, ESA) |  |  |  |
|  | Prévention et soins d'escarres |  |  |  |
|  | Prise en charge des plaies chroniques et complexes |  |  |  |
|  | Protocole antiémétique (nausées, vomissements) |  |  |  |
|  | Protocole AVK |  |  |  |
|  | Protocole d'adaptation des doses d'insuline |  |  |  |
|  | Protocole de chimiothérapie |  |  |  |
|  | Protocole de prise en charge de la douleur |  |  |  |
|  | Protocole de soins diabète |  |  |  |
|  | Protocole de soins pansement |  |  |  |
|  | Protocole nutritionnel |  |  |  |
|  | Poser/retirer des bas/bandes de contention |  |  |  |
|  | Ré-autonomiser à la marche |  |  |  |
|  | Rééducation par massokinésithérapie |  |  |  |
|  | Rééducation par ergothérapie |  |  |  |
|  | Rééducation orthophonique |  |  |  |
|  | Remédiation cognitive |  |  |  |
|  | Sevrage hospitalier / sevrage ambulatoire |  |  |  |
|  | Soins de confort / Prise en charge des symptômes  |  |  |  |
|  | Soins de support |  |  |  |
|  | Soins podologiques |  |  |  |
|  | Soins en sexologie |  |  |  |
|  | Suivi addictologique |  |  |  |
|  | Divers soins infirmiers |  |  |  |
|  | Autres soins somatiques (préciser en texte libre) |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier d'une surveillance sur son état permettant l'alerte en cas d'aggravation | Intervenant | Statut: A réaliser/ En cours/Réalisée/Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Surveiller l'état cutané |  |  |  |
|  | Surveiller le poids |  |  |  |
|  | Surveiller les constantes (pouls, tension, température, …) |  |  |  |
|  | Surveillance clinique |  |  |  |
|  | Surveillance biologique |  |  |  |
|  | Téléalarme |  |  |  |
|  | Téléassistance |  |  |  |
|  | Télésurveillance |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

# BILAN DE SITUATION

Contexte et Origine de la demande

Eléments marquants : ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Points de vigilance : ………………………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Ressources et potentialités:

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Souhaits du patient : ………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Grille AGGIR (à saisir dans le logiciel avec l'ASSISTANT) |
| Pour chaque item cohez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse : NON) Puis codez secondairement par A, B,ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H* Si aucun adverbe n'est coché codez A. AA = A
* Si tous les adverbes sont cochés codez C. CC, CB, BC, CA, AC = C
* Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. AB, BA, BB = B
 |
|  S = Spontanément T = Totalement H = Habituellement C = Correctement | S | T | H | C | ABC | OBSERVATIONS |
| TRANSERTSSe lever, se coucher, s'asseoir |  |  |  |  |  |  |
| DEPLACEMENTS INTERIEURSavec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant |  |  |  |  |  |  |
| TOILETTEHygiène corporelle | HAUT : Visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains |  |  |  |  |  |  |
| BAS : Régions intimes, les membres inférieurs et les pieds |  |  |  |  |  |  |
| ELIMINATIONAssurer l'hygiene et rester propre | URINAIRE |  |  |  |  |  |  |
| ANALE |  |  |  |  |  |  |
| HABILLAGESavoir choisir, préparer et enlever | HAUT : choix vêtement, mise a disposition, décision d'en changer, passer un vêtement |  |  |  |  |  |  |
| MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles |  |  |  |  |  |  |
| BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures |  |  |  |  |  |  |
| CUISINE |  |  |  |  |  |  |
| ALIMENTATION | SE SERVIR : un plat, ouvrir un yaourth, peler un fruit, remplir un verre, couper |  |  |  |  |  |  |
|  | MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons |  |  |  |  |  |  |
| SUIVI DU TRAITEMENT |  |  |  |  |  |  |
| MENAGE |  |  |  |  |  |  |
| ALERTECommunication à distance |  |  |  |  |  |  |
| DEPLACEMENTS EXTERIEURSa partir de la porte d'entrée sur la rue |  |  |  |  |  |  |
| TRANSPORT |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVITES TEMPS LIBRE |  |  |  |  |  |  |
| ACHATS |  |  |  |  |  |  |
| GESTION |  |  |  |  |  |  |
| ORIENTATION | TEMPS : se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois) |  |  |  |  |  |  |
| ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux |  |  |  |  |  |  |
| COHERENCE | COMMUNICATIONcommunication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne |  |  |  |  |  |  |
| COMPORTEMENTagir, se comporter de facon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude |  |  |  |  |  |  |
| RESULTAT GIR = |  |

Page 26