ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Évaluation des activités effectuées par la personne seule sans aide humaine. Les aides matérielles sont considérées comme faisant partie de la personne (fauteuil roulant, déambulateur, prothèse...).

ACTIVITÉ	A, B OU C
Transfert	
se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacement à l'intérieur	
se déplacer à l'intérieur du lieu de vie jusqu'à la porte d'entrée sur la rue (coder B si déambulation)	
Toilette : assurer son hygiène corporelle	
Haut > coiffage, rasage, visage, tronc, membres supérieurs	
Bas > régions intimes, membres inférieurs, pieds	
Élimination : assurer l'hygiène et non la maîtrise de l'élimination	
Urinaire > assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
Fécale > assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
Haut > vêtements passés par les bras et/ou la tête	
Moyen > fermeture des vêtements, boutonnage, ceinture bretelles, fermeture éclair, pression	
Bas > vêtements passés par les pieds y compris les bas, les chaussettes et les chaussures	
Alimentation	
Se servir > couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir une capsule...	
Manger > manger des aliments préparés, les porter à la bouche, avaler sans fausse route	
Alerter	
Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin	
Déplacement à l'extérieur	
Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie en franchissant la porte d'entrée sur la rue	
Orientation	
Orientation dans le temps	
Orientation dans l'espace	
Cohérence : communiquer, agir et se comporter de façon logique et sensée	
Communication	
Comportement	

GUIDE DE REMPLISSAGE

Coder A

s'il fait seul :
- spontanément
- et totalement
- et correctement
- et habituellement

Coder B

s'il ne fait pas
- spontanément
- et/ou totalement
- et/ou correctement
- et/ou habituellement

Coder C

s'il ne fait pas
- s'il faut faire à sa place
- ou faire faire
- ou tout faire

Spontanément : sans avoir à lui dire, à lui expliquer, à lui rappeler
Totalement : toute l'activité
Correctement : à bon escient et de façon adaptée aux possibilités
Habituellement : régulièrement dans le temps, chaque fois que nécessaire

Je soussigné(e), ... Docteur en médecine
Demerant à.....
Certifie avoir examiné sur sa demande : M., Me, Melle .....
Présent certificat fait à la demande de l'intéressé(s) et remis en main propre pour faire valoir ses droits.
Le ...../...../..... Signature :

Cachet indispensable

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL
DESTINÉ AU MÉDECIN DE L'AIDE SOCIALE

ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET AUTONOMIE DES PERSONNES

www.deux-sevres.fr

Nom : .....

Prénom : .....

né(e) le : |_|_|_|_|_|_| Âge : ..... ans

Adresse : .....

.....

CADRE DE VIE

Seul ☐ En couple ☐ En famille ☐

Autre ☐ (préciser) .....

Structure ☐ (préciser) .....

AIDES EXISTANTES

1 : Type d'aides apportées : .....

2 : Quantité d'aides apportées (volume horaire mensuel) : .....

3 : Nature des intervenants : .....

NATURE DES AFFECTIONS À L'ORIGINE DU HANDICAP

1 : ..... date d'apparition |_|_|_|_|_|_|

2 : ..... date d'apparition |_|_|_|_|_|_|

3 : ..... date d'apparition |_|_|_|_|_|_|

HOSPITALISATIONS RÉCENTES

oui ☐ non ☐

Si oui, remplir le tableau ci-dessous

Dates et durées	Causes	Lieux	Services hospitaliers

ANTÉCÉDENTS

médicaux : ....

chirurgicaux : ....

traitements en cours : ....

DESCRIPTION DES AFFECTIONS INVALIDANTES

Taille : ..... **cm** **Poids :** ..... **kg** **Amaigrissement récent : oui** ☐ **non** ☐

AFFECTIONS INVALIDANTES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1 : localisation : ..... étiologie : ..... handicap occasionné : .....

2 : localisation : ..... étiologie : ..... handicap occasionné : .....

3 : localisation : ..... étiologie : ..... handicap occasionné : .....

Interventions chirurgicales sur appareil locomoteur : .....

.....

Appareillage éventuel : cannes anglaises ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐

autres : .....

DÉFICIENCES PSYCHIQUES ET COGNITIVES

1 : troubles cognitifs : oui ☐ non ☐ Si oui, MMS : ...../30 étiologie : .....

retentissement sur la vie quotidienne : modéré ☐ majeur ☐

degré d'évolutivité : lent ☐ rapide ☐

2 : retard mental : non ☐ léger ☐ moyen ☐ sévère ☐ profond ☐

3 : troubles du comportement : oui ☐ non ☐ Si oui : agressivité ☐ fugues ☐

déambulation ☐ passivité, apathie ☐ état anxio-depressif ☐ autres : .....

4 : autres pathologies psychiatriques : oui ☐ non ☐ Si oui, préciser : .....

AFFECTIONS INVALIDANTES D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

1 : A.V.C ☐ handicap occasionné : .....

2 : Syndrome Parkinsonien ☐ handicap occasionné : .....

3 : Épilepsie ☐ séquelles occasionnées éventuelles : .....

4 : Autres pathologies neurologiques ☐

préciser : ..... handicap occasionné : .....

AFFECTIONS SENSORIELLES INVALIDANTES

1 : Affections ophtalmologiques : oui ☐ non ☐ Si oui, étiologie : .....

Acuité visuelle : OD : ..... /10 OG : ...../10

Atteinte de la vision centrale : oui ☐ non ☐

Si oui : vision centrale < 1/20 de la normale ☐ vision centrale > 1/20 de la normale ☐

2 : Affections auditives : oui ☐ non ☐ Si oui, nature de l'atteinte : .....

Appareillage : oui ☐ non ☐

3 : Affections du langage : oui ☐ non ☐ Si oui, préciser : .....

AFFECTIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

1 : Affections cardio-vasculaires : oui ☐ non ☐

Si oui, préciser : .....

2 : Affections pleuro-pulmonaires : oui ☐ non ☐

Si oui, préciser : .....

3 : Oxygénothérapie : oui ☐ non ☐ Si oui, débit : ..... L/min durée : ..... /24h

4 : Conséquences fonctionnelles : Activité non limitée ☐

Dyspnée d'effort non invalidante pour les actes de la vie quotidienne ☐

Dyspnée au moindre effort ☐ Dyspnée de repos ☐

AUTRES AFFECTIONS

1 : Affections digestives : oui ☐ non ☐ Si oui, préciser : .....

2 : Affections uro-génitales : oui ☐ non ☐ Si oui, préciser : .....

3 : Affections métaboliques : oui ☐ non ☐ Si oui, préciser :

.....

4 : Autres : Préciser : .....

PRONOSTIC D'ÉVOLUTION

stabilité ☐ amélioration ☐ si oui, délai estimé : .....

dégradation ☐ si oui, rapide ☐ progressive ☐

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS SUR LE HANDICAP, LE PROJET DE VIE ET L'AVENIR

.....

.....