**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-mêmeaux 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 ☐ NONMatin / Après-midi : ☐ OUI ☐ NONJours de la semaine : ☐ OUI ☐ NON**

**REPERES**

**Dans l’espace : ☐ OUI ☐ NONDans 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 ☐ NONPour les autres : ☐ OUI ☐ NON**

**PRISE DE DECISION**

**Peut se mettre en danger : ☐ OUI ☐ NONPeut 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 :

