

AUTONOMIE

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à cette fiche, elle permet à l'équipe d'encadrement d'appréhender le niveau du handicap et de contribuer à un meilleur accueil.

Votre niveau d'autonomie

- Bonne autonomie** : vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie** : vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante** : vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

Vos déplacements

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté

Si oui, répondez aux questions suivantes :

- Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquilles pour vous déplacer ? Oui Non
- Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
 - De manière permanente
 - Pour vos déplacements extérieurs
- Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? Oui Non
- Y a-t-il restriction à rester en position assise ? Oui Non
Si oui, nombre d'heures maximum
- Portez-vous ou utilisez-vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...) Oui Non
- Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? Oui Non
- Êtes-vous capable de faire vos transferts ? (fauteuil>lit et fauteuil>toilettes) Oui Non
Si oui, de combien de personnes avez-vous besoin pour vous aider ?
- Décrivez-nous la méthode de transfert à employer/vos habitudes/l'aide qu'on peut vous fournir
- Que vous vous déplaciez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? Oui Non
Si oui, combien de temps ?

Vos modes d'expression et de communication

- Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations :
.....
.....
.....
.....

- Avez-vous des difficultés pour vous exprimer et vous faire comprendre ?

- Pouvez-vous Lire Écrire
- Avez-vous des difficultés auditives ? Oui Non
si oui, portez-vous :
 Un appareil auditif ?
 Un autre appareil (ex : casque filtrant)

- Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui Non
si oui :
 Portez-vous des lunettes ?
 Êtes-vous malvoyant ou non voyant ?
Commentaires éventuels

Vos habitudes de vie

■ Alimentation/Goûts alimentaires

- De manière générale, qu'est-ce que vous aimez /n'aimez pas :
.....
- Que prenez-vous au petit déjeuner ?
- Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Oui Non
- Avez-vous des allergies alimentaires ? Oui Non
Si oui, lesquelles ?
- Portez-vous une prothèse dentaire ?
 Oui Non Inférieure Supérieure
- Avez-vous besoin que votre nourriture soit :
Mixée Oui Non Hachée Oui Non
Moulinée Oui Non En pommade Oui Non
- Avez-vous besoin d'aide pour manger ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'aide pour boire ? Oui Non
- Consommez-vous de l'eau gélifiée ? Oui Non
- Un matériel spécifique est-il nécessaire ? Oui Non
 - Assiette à rebord
 - Gobelet
 - Cuillère adaptée
 - Paille

■ Hygiène

- Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'une aide pour vous laver ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'une aide pour vous habiller ? Oui Non
- Si oui, répondez aux questions suivantes :
 - ❖ Avez-vous besoin :
 - d'une chaise pour prendre votre douche
 - d'un lit-douche pour prendre votre douche
 - d'aide pour aller aux toilettes
 - ❖ Portez-vous des protections :
 - le jour
 - la nuit
- Si vous êtes un homme, vous rasez-vous seul ?
 - à l'aide d'un rasoir électrique
 - à l'aide d'un rasoir mécanique
- Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ? Oui Non
- Si oui, quel type de prothèses ou appareillages et quel protocole à suivre (ex : sonde, etc.) :

■ Sommeil

- Dormez-vous bien ? Oui Non
- Faites-vous une sieste en journée ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'être réveillé(e) la nuit pour aller aux toilettes ? Oui Non
- Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?

■ Matériel

- Utilisez-vous un lit médicalisé ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'un matelas anti-escarres ? Oui Non
- Utilisez-vous un lève-personne ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'une contention ? Oui Non
- Matériel utilisé pour la contention :

Vos habitudes de vie

■ Généralités

- Êtes-vous fumeur(se) Oui Non
- Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?
 - ❖ Par jour :
 - ❖ Par semaine :
 - ❖ Gérez-vous seul(e) votre consommation de tabac ? Oui Non
- Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
- Contre-indiqué ? Oui Non
- Formellement interdit ? Oui Non
- Gérez-vous seul(e) votre argent de poche ? Oui Non

■ Loisirs

- Quelles sont les activités que vous appréciez au quotidien ?
- Activités manuelles :
- Activités sportives :

- Pendant vos vacances
- Activités manuelles :
- Activités sportives :
- Savez-vous nager ? Oui Non
- Êtes-vous autorisé(e) à nager ? Oui Non
- Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? Oui Non
- Savez-vous faire du vélo ? Oui Non
- Avez-vous peur des animaux ? Oui Non
- Si oui, lesquels ?

- De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

Courrier/Téléphone

- Disposerez-vous d'un téléphone portable lors de votre séjour ? Oui Non
- À qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?
Noms, prénoms, lien de parenté/d'amitié, adresse complète, n° de tél.

Relation à l'autre

- Comportement social** : vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance.
- Comportement ritualisé repérable** : vous pouvez être instable dans vos modes de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais vous pouvez avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.
- Comportement instable et atypique** : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'auto-mutilation et/ou agression.
- Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ? Oui Non
- Si oui, de quel(s) comportement(s) s'agit-il (agressions verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?

- Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? Oui Non
- Si oui, de quel(s) comportement(s) s'agit-il ?

- Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risque de fugue) ? Oui Non