

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'ENTOURAGE

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les différents domaines de sa vie quotidienne afin de déterminer les droits les mieux adaptés à ses besoins.

Ce document est à remplir par l'aidant qui vit en grande proximité de la personne (un membre de sa famille, une personne référente dans le cas où la famille n'est pas présente).

Vous répondez à ce questionnaire concernant : Mme Melle M.

Nom : Prénom :

Date de naissance : /__/_/___/___/___/___ / n° de dossier familial : /__/_/___/___/___/___ /

en qualité de :

Membre de la famille. Précisez le lien de parenté :

Représentant légal (tuteur, curateur) Autre. Précisez :

Votre nom : Prénom :

Votre adresse :

CP : /___/___/___ / Ville :

Autorisation de la personne concernée par le questionnaire

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur,
autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à la MDPH de.....

Fait à, le /___/___/___/___/___/___ / Signature de la personne concerné

Mode d'emploi

Cochez la ou les case(s) qui convient(nent) si la proposition correspond à la personne pour ou avec laquelle vous recueillez les informations. Si les propositions ne correspondent pas à la personne, vous pouvez en ajouter une autre.

1. Situation de la personne

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vit seul | <input type="checkbox"/> Vit dans sa famille |
| <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personne(s) | <input type="checkbox"/> Vit dans un établissement |

2. Communication et vie relationnelle

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Repli sur soi-même | <input type="checkbox"/> Refus de communication |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à avoir envie de | <input type="checkbox"/> Peur du contact, d'être mal jugé(e) |
| <input type="checkbox"/> Difficultés importantes à faire des choix | <input type="checkbox"/> Refus de reconnaître la maladie |
| <input type="checkbox"/> Perte de contact avec la famille | <input type="checkbox"/> Refus de reconnaître ses difficultés à communiquer en société |
| <input type="checkbox"/> Perte de contact avec le monde extérieur | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Isolement | |

3. Entretien personnel et soins de santé

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peut resterjours sans se laver, se changer | <input type="checkbox"/> Refus d'examens de santé ou de suivi médical, autre que psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Accumulation d'objets « désordonnés (e) » | <input type="checkbox"/> Hygiène corporelle « chaotique » |
| <input type="checkbox"/> Refus de prendre les médicaments | <input type="checkbox"/> N'entretient pas ses vêtements |
| <input type="checkbox"/> Oublie très souvent ses médicaments | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ne va pas seul (e) chez les professionnels de santé | |

4. Travail et emploi

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestion du temps difficile | <input type="checkbox"/> Difficultés à tenir un poste de travail |
| <input type="checkbox"/> Peur d'affronter la réalité du monde du travail | <input type="checkbox"/> Veut travailler mais n'effectue pas les démarches nécessaires |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à fournir des efforts prolongés ou soutenus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Absence de projet | |

5. Mobilité

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déplacements difficiles seul (e) | <input type="checkbox"/> Conduite dangereuse (drogue, alcool...) |
| <input type="checkbox"/> Peur d'utiliser les transports en commun | <input type="checkbox"/> Difficulté à s'orienter dans le temps |
| <input type="checkbox"/> Se trouve perdu(e) devant l'inconnu, désorienté(e) | <input type="checkbox"/> |

6. Nutrition alimentation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Repas identiques et répétés : peut se nourrir une semaine avec les mêmes aliments | <input type="checkbox"/> Mange beaucoup trop ou n'importe quoi |
| <input type="checkbox"/> Repas non équilibrés | <input type="checkbox"/> Ne se nourrit presque plus |
| <input type="checkbox"/> Difficultés pour faire les courses | <input type="checkbox"/> Ne prépare pas ses repas |
| | <input type="checkbox"/> |

7. Responsabilités (civiles et financières)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficultés à gérer son argent lors des crises | <input type="checkbox"/> Dépenses inconsidérées |
| <input type="checkbox"/> Sous tutelle | <input type="checkbox"/> Démarches administratives difficiles à respecter |
| <input type="checkbox"/> Sous curatelle | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Manque d'organisation | |

8. Habitation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Peut rester huit jours sans entretenir la maison | <input type="checkbox"/> Absence d'ordre très important |
| <input type="checkbox"/> Autonomie difficile à acquérir | <input type="checkbox"/> Pas de participation à l'entretien |
| <input type="checkbox"/> Ne peut vivre seul | <input type="checkbox"/> |

9. Utilisation des biens et services

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Besoin d'être sollicité(e) | <input type="checkbox"/> Ne sait pas demander de l'aide si besoin |
| <input type="checkbox"/> Utilisation très limitée | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Méconnaissances des lieux ressources disponibles | |

10. Apprentissages et application des connaissances

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprendre autre chose que ce qui lui plaît | <input type="checkbox"/> Pas de projet « viable » |
| <input type="checkbox"/> Mémorisation difficile | <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration |
| <input type="checkbox"/> Difficulté dans l'attention | <input type="checkbox"/> |

11. Loisirs

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun loisir | <input type="checkbox"/> Doit être sollicité(e) par ses proches |
| <input type="checkbox"/> Très seul(e) dans ce domaine | <input type="checkbox"/> Doit être accompagné(e) |
| <input type="checkbox"/> Pas d'initiative | <input type="checkbox"/> |

12. Autres constats (un par ligne)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Besoins importants à satisfaire (au regard des constats cochés et écrits ci-dessus) : une ligne par besoin. Il est souhaitable de vous concerter avec la personne.

-
-
-
-