

# Document d'Evaluation Globale

► Personne en Situation de Handicap



Date : ..... Fait par : ..... En présence de : .....

1

## 1.-Fiche d'identité



- Nom : ..... ▪ Nom de jeune fille : .....
- Prénom : ..... ▪ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Adresse : .....  
.....  
.....  
.....
- N° de téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ▪ Portable : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_
- Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Veuf / Veuve  Divorcé(e)  PACS
- Nombre de personnes vivant au Foyer : .....

Nom	Lien de Parenté	Age







- Nom de l'assuré(e) : ..... ▪ Caisse de l'assuré(e) : .....
- N° de Sécurité Sociale : .....
- Financement :  OUI  NON  Demande en cours  
- Si OUI, lequel ? : .....
- Nbre d'Heures : .....
- Pathologie : ..... Taux d'incapacité : ..... %
- Pathologie / Fait à l'origine du handicap :  
 Accident Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ▪ Nature : .....
- Liée à la naissance :  
 Anomalie chromosomique  
 Malformation congénitale

- Due à des complications liées :  
 à la grossesse     à l'accouchement  
 Maladie     Professionnelle     Génétique     Autre






 **Commentaires :**

.....  
 .....  
 .....

**2.- Contact** 

	Nom / Prénom	Lien	Adresse	Tel.
Personne à prévenir en priorité	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _
Personne Référente	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _
Personne de confiance	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _
Contact familial	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _
Contact familial	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _
Contact familial	.....	.....	..... .....	 _ _ _ _ _

**3.- Contact médico-sociaux et autres** 

Type d'intervention	Intervenant et n° de téléphone	Jours, horaires des interventions fréquences
Médecin	.....  _ _ _ _ _	
Infirmier	.....  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di Horaires de passage : ..... Mission : ..... .....
Pharmacien	.....  _ _ _ _ _	
Revendeur matériel médical	.....  _ _ _ _ _	
Kinésithérapeute	.....  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di Horaires de passage : .....

Type d'intervention	Intervenant et n° de téléphone	Jours, horaires des interventions fréquences
Pédicure	..... ☎ _____	
Psychologue	..... ☎ _____	
Ergothérapeute	..... ☎ _____	
Orthophoniste	..... ☎ _____	
Portage de repas	..... ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
SSIAD	..... ☎ _____	<u>Matin :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Après-midi :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Service d'Aide à Domicile	..... ☎ _____	<u>Matin :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Après-midi :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <u>Soir :</u> <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Garde de nuit	..... ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
SAVS	..... ☎ _____	
SAMSAH	..... ☎ _____	
Hébergement temporaire	..... ☎ _____	<u>Fréquence :</u> .....
Accueil de jour Plateforme de répit	..... ☎ _____	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di
Etablissement pour enfant	..... ☎ _____	
Etablissement pour adulte	..... ☎ _____	
Accompagnement AVS	..... ☎ _____	

Type d'intervention	Intervenant et n° de téléphone	Jours, horaires des interventions fréquences
Assistante sociale	..... ☎ _____	
Référent MDPH	..... ☎ _____	
Téléalarme	..... ☎ _____	
Autres : (Réseau soins palliatifs, partenaires handicap)	..... ☎ _____	

4.- Protection juridique 

Mesure de protection		Nom et coordonnées du tuteur / curateur
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Sauvegarde justice <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat de protection future <u>Prochaine échéance</u> : .....  <u>Champs d'application de la structure</u> : <input type="checkbox"/> Protection de la personne <input type="checkbox"/> Protection des biens	..... ☎ _____

5.- Histoires de vie 

La naissance	..... ..... ..... .....
La famille	..... ..... ..... .....
La scolarisation	..... ..... .....

<p>Les lieux de vie</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Les loisirs</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>La culture</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Le sport</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Les établissements ou services fréquentés</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Circonstances de l'accident</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Les activités professionnelles</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>





## 8.- Environnement

### ▪ Habitat :

▪ Vie :  seul(e)  en couple  chez les enfants  autre : .....

▪ Vie avec une personne :

dépendante  autonome  aidante

▪ Logement :  appartement  maison individuelle  autre : .....

‣  Propriétaire

‣  Locataire

Logement adapté :  OUI  NON

#### Accessibilité :

- Clefs :  OUI  NON  Boîte à clefs Code : .....

- Entrée avec digicode :  OUI  NON Code : .....

- Etage avec ascenseur :  OUI  NON

- Accès par marches ou escaliers :  OUI  NON

- Accès de plain-pied :  OUI  NON

### ▪ Equipements :

▪ Douche :  OUI  NON

▪ Baignoire :  OUI  NON

▪ Siège de douche / bain :  OUI  NON

▪ WV adapté :  OUI  NON

### ▪ Matériel médicalisé :

▪ Lit médicalisé :  OUI  NON

‣  Achat ‣ Date : .....

‣  Location

▪ Matelas adapté :  OUI  NON

‣  Mousse simple

‣  Air

‣  Mémoire de forme

▪ Lève personne :  OUI  NON

▪ Verticalisateur :  OUI  NON

▪ Chaise garde-robe :  OUI  NON

‣  urinal

‣  bassin

▪ Fauteuil roulant :  OUI  NON

‣  Manuel simple ‣ adapté :  OUI  NON

‣  Électrique ‣ adapté :  OUI  NON

‣  Confort ‣ adapté :  OUI  NON

▪ Fauteuil coquille :  OUI  NON ‣ adapté :  OUI  NON

▪ Fauteuil de transferts :  OUI  NON ‣ adapté :  OUI  NON

▪ **Autres matériels :**

- Déambulateur :            OUI    NON
- Cannes :                    OUI    NON
- .....
- .....

▪ **Contentions éventuelles (à vérifier les prescriptions médicales) :**

- Au lit (barrières et système d'attaches) :            OUI    NON
- Au fauteuil (ceinture) :                                    OUI    NON
- A domicile (enferment):                                    OUI    NON

▪ **Matériel ménager :**

- Four micro-onde :            OUI    NON
- Réfrigérateur :            OUI    NON
- Cuisinière :                OUI    NON
- Aspirateur :                OUI    NON
- Congélateur :            OUI    NON
- Lave-linge :                OUI    NON

▪ **Emplacement des produits ménagers :**

.....  
.....  
.....

▪ **Emplacement du classeur domicile :** .....

▪ **Animaux domestiques :**            OUI    NON

    \* Type : .....

    \* Consignes en cas d'absence prolongée et/ou imprévue :

.....  
.....  
.....

▪ **Environnement social**

▪ La personne a des contacts

- Avec sa famille :            OUI    NON
- Avec son voisinage :            OUI    NON
- Avec ses voisins :            OUI    NON

 **Commentaires :**

.....  
.....  
.....



.....  
.....

## 9.- Présence des aidants



### Evaluation de la souffrance des Aidants :

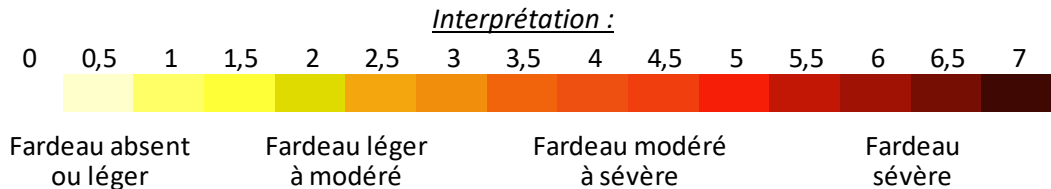
Notation : 0 = jamais , 1/2 = parfois , 1 = souvent

0    1/2    1

9

- 1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :
- des difficultés dans votre vie familiale ?  0     1/2     1
  - des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?  0     1/2     1
  - un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?  0     1/2     1
- 2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?  0     1/2     1
- 3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?  0     1/2     1
- 4 - Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?  0     1/2     1
- 5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?  0     1/2     1

Date :	Age du patient :	Age de l'Aidant évalué :
<b>SCORE</b> : ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... =    / 7		
Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :		



### Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 10.- Evaluation de l'autonomie de la personne



### ▪ Capacité à respirer

Autonome  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

♦  Activité non réalisée

- Aide technique : .....
- Appareillage : .....
- Installation : .....

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à s'alimenter :**

Autonome

OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Aide technique : .....
- Aide nécessaire :

- Aide à la préparation
- Aide à l'installation pour la prise du repas
- Aide à la prise
- Courses

▪ Prothèse dentaire :  OUI  NON

▪ Identification des risques (à préciser si protocole se soins) :

- Allergie : .....
- Régime prescrit : .....
- Texture : .....

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à s'hydrater**

Autonome

OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Aide technique : .....
- Aide nécessaire : .....

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à éliminer (urine / selles)**

Autonome  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Aide technique : .....
- Aide nécessaire :

- Accompagnement aux toilettes
- Aide aux transferts
- Change de protections
- Autres : .....

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à se mobiliser :**

Autonome  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Aide technique : .....

▪ Aide nécessaire :

- Aide aux transferts
- Aide au déplacement dans le logement
- Aide aux déplacements extérieurs pour la vie quotidienne ou les démarches liées au handicap

Périmètre de marche : .....

- Conduite auto. :  OUI  NON



**Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ Capacité à dormir / à se reposer :

Autonome

- OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Troubles du sommeil :  OUI  NON

- Aide médicamenteuse :  OUI  NON

- Horaire du lever : .....

- Horaire du coucher : .....

- Horaire des siestes : .....

- Lieu des siestes : .....



**Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ Capacité à se vêtir / à de dévêtir:

Autonome

- OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

♦  Activité non réalisée

▪ Aide technique : .....

▪ Aide nécessaire :

- Aide à l'habillage
- Aide à la préparation d'une tenue adaptée
- Aide au déshabillage
- Aide pour bas de contention

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....  
.....  
.....

▪ **Capacité à assurer son hygiène corporelle :**

Autonome  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

▪ Aide technique : .....

▪ Aide nécessaire :

- Aide à la toilette
  - du haut du corps
  - du bas du corps
- Aide douche, bains
- Aide bains de pieds
- Aide shampoing
- Soins esthétiques

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....  
.....  
.....

▪ **Capacité à assurer son hygiène vestimentaire :**

Autonome  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à communiquer :**

**Autonome**  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

▪ **Compréhension :**  OUI  NON

▪ **Expression :**  OUI  NON

▪ **Aide nécessaire :**

- Prothèse audio
- Lunettes
- Pictogrammes
- Ardoise
- Autre : .....

 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....

.....

.....

▪ **Capacité à s'épanouir :**

**Autonome**  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

▪ Aide nécessaire :

- S'éveiller, faire ses devoirs
- S'occuper d'un animal domestique
- Autre : .....



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ Capacité à gérer son budget, ses biens, ses documents administratifs :

Autonome

- OUI
- NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

▪ Aide nécessaire :

- Courriers
- Paiements
- Autre : .....



Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :

.....

.....

.....

▪ Capacité à gérer son traitement médicamenteux et les soins infirmiers prescrits

Autonome

- OUI
- NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

▪ Aide nécessaire :

- Approvisionnement
- Préparation
- Aide à la prise
- Surveillance

Autre : .....


 **Commentaires (Facilitateurs / Obstacles) :**

.....  
.....  
.....

▪ **Capacité à assurer sa parentalité**

**Autonome**  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

 **Commentaires - Assurer sa parentalité :**


.....  
.....  
.....

▪ **Capacité à gérer sa vie sociale :**

**Autonome**  OUI  NON

- ♦  Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
- ♦  Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
- ♦  Activité non réalisée

- Organiser sa vie sociale :  OUI  NON
- Réaliser sa vie sociale :  OUI  NON

 **Commentaires – gérer sa vie sociale :**

.....  
.....  
.....



## POINTS DE VIGILANCES



### ▪ Risques avérés chez la personne aidée :

- Pathologie psychiatrique, trouble du comportement, Alzheimer, démence
- Pathologie invalidante
- Malnutrition
- Inadaptation du logement
- Manque de matériel

.....

.....

- Relations familiales difficiles
- Chutes répétées
- Marques physiques, hématomes, griffures
- Repli sur soi
- Dépendance lourde
- Suivi de l'état de santé insuffisant
- Chutes répétées
- Gestion inappropriée des traitements médicamenteux (préparation, administration, ...)
- Prodigalité (dépenses déraisonnées)
- Isolement social

### ▪ Risques avérés chez l'aidant naturel (si il existe) :

- Isolement familial / social
- Epuisement / Incapacité / Incompréhension
- Manque de connaissances, d'informations
- Déni
- Situation personnelle difficile
- Cohabitation (présence de membres de la famille hors conjoint)
- Précarité
- Matériel inadapté ou absent
- Changement de comportement
- Troubles psychiatriques

# SYNTHESE D'EVALUATION



➔ Pour M .....

➔ Effectuée par : ..... le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

■ Éléments marquant :

.....  
.....  
.....  
.....

■ Attentes exprimées par la personne :

.....  
.....  
.....  
.....

■ Besoins de compensation :

.....  
.....  
.....  
.....

■ Points de vigilance :

.....  
.....  
.....  
.....

■ Place et rôle des aidants éventuels :

.....  
.....  
.....  
.....

*Signature de l'Association*

*Signature de la personne aidée*