

**QUESTIONNAIRE**

Mr Mme Mlle

Rempli par : Nom.....Prénom.....

E-Mail : .....@.....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**USAGER**

ID : \_\_\_\_ (n° communiqué après dépôt de la demande, par mail)

Mr Mme Mlle

Nom : .....Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse du patient : .....

.....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

➤ **Composition familiale**

• Statut familial : marié |\_| vie maritale |\_| célibataire |\_| divorcé |\_| pacsé |\_| veuf |\_|

Nombre de personnes au foyer : \_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_ âge(s) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

• Personne proche : Lien de parenté : .....

Nom : .....Prénom : .....

Adresse: .....

.....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

N° de tel : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| N° de mobile : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

➤ **Personne de confiance** Date de désignation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (validité 3 ans)

Mr Mme Mlle

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....N° de tel |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| N° de

mobile : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Lien de parenté avec le patient (le cas échéant) .....

**L'ENTOURAGE**

L'entourage est-il présent auprès de l'utilisateur : oui |\_| non |\_|

Lien de parenté : .....

Personne informée : oui |\_| non |\_|

Lien de parenté : .....

**TUTEUR DESIGNÉ/ ORGANISME DE TUTELLE**

Pas de demande en cours

Tutelle..... |\_| Tutelle aux prestations sociales

Curatelle simple ..... |\_| Curatelle renforcée

Organisme de tutelle : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse du tuteur : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville :

N° de tel : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| N° de mobile : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Demande en cours auprès du tribunal : Lequel ? .....

..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ **Coordonnées de la personne chargée du dossier « tutelle »**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

N° de tel : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| N° de mobile : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

E-Mail : .....@.....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Assuré Social    Oui    |\_|    Non    |\_|

CMU                Oui    |\_|    Non    |\_|

Mutuelle/complémentaire santé Oui  Non   
 Prestations familiales ..... Oui  Non

➤ **Indemnisation**

Non

Oui. Organisme : .....

En cours :  Demande de consolidation Sécurité Sociale Date : .....

Demande de consolidation médecin généraliste Date : .....

Date de jugement .....

Tiers responsable ..... oui  non

➤ **Ressources actuelles**

	Montant	Echéance
Indemnités journalières (Caisse Primaire d'Assurance Maladie/Mutualité Sociale Agricole)		
Pension d'invalidité Assurance maladie Catégorie : 1 2 3		
Rente Accident du Travail		
Allocations Adultes Handicapés		
Prestation de Compensation du Handicap		
Allocations Familiales (hors allocation logement)		
Allocation chômage (ASSEDIC)		
Autre :		

➤ **MDPH**

Demande en cours oui  non

N° de dossier : ..... Département : ..... Date de dépôt du dossier : .....

Nature de la demande : .....

• **Décision d'orientation**

Pas d'orientation

Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)  Maison d'Accueil Spécialisée

Centre d'Accueil de Jour  Foyer d'hébergement

Accueil Temporaire  Foyer de vie

UEROS  ESAT

SAMSAH  SAVS

Internat  Externat

Date d'expiration : ...../...../ .....

• **Prestations accordées**

Carte d'invalidité..... |\_\_| Taux d'invalidité :.....  
 ..... Date d'expiration :.....  
 Prestation de Compensation du Handicap |\_\_|  
 Date d'expiration :.....  
 Allocation Adulte Handicapé (AAH) |\_\_|  
 Date d'expiration :.....  
 Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH) |\_\_| Catégorie : .....  
 Date d'expiration :.....

**SITUATION AVANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE :**

Nombre d'années d'études réussies (à compter du CP inclus) :  
 Dernier diplôme obtenu (avant l'accident) :  
 Niveau socio-culturel obtenu : 1 2 3 4 5 6 7

**SITUATION APRES L'ACCIDENT OU LA MALADIE :**

Nombre d'années d'études (à compter du CP inclus) :  
 Dernier diplôme obtenu (après l'accident) :  
 Niveau socio-culturel : 1 2 3 4 5 6 7

**SITUATION ACTUELLE :**

➤ **Logement**

Indépendant |\_\_|  
 Indépendant avec prise en charge adaptée |\_\_| Type\* .....  
 Familial |\_\_|  
 Familial avec prise en charge adaptée |\_\_| Type \* .....  
 \* Type : SAMSAH, SAVS, HAD, CAJ....  
 Etablissement |\_\_| Type \* .....  
 Adresse.....

Type \* : FAM, MAS, Foyer d'hébergement...

Autre (précisez) : .....







➤ **Séjours en service de psychiatrie**

Oui  Non

Cause : .....

Nom de l'hôpital : .....

Personne à contacter: Nom..... Prénom.....

Lettre d'engagement / de collaboration : Oui  Non

**SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE**

➤ **Manifestations cliniques**

	Oui	Non	Précisez :
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence Crise généralisée Fréquence : /jour, /semaine, / mois
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles du raisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphasie de Wernicke Aphasie de Brocca
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète insulo-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dépression <input type="checkbox"/>	Anxiété <input type="checkbox"/>	Irritabilité <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/>



➤ **Evaluation de l'autonomie**

**ASPECT RELATIONNEL**

	Oui	Non
Communication verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucidité et cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TROUBLES VISUELS**

Oui  Non   
Précisez :

**ALIMENTATION**

	Oui	Non
Texture normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texture moulinée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texture mixée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ELIMINATIONS**

	Oui	Non
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lequel : .....

**LOCOMOTION**

	Oui	Non
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROTHESES**

	Oui	Non
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....		
.....		

**HYGIENES**

	Oui	Non
Toilette seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SOINS INFIRMIERS**

	Oui	Non
Soins locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins inférieurs à 15 mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins supérieurs à 15 mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez.....

