

Questionnaire à destination de l'entourage et/ou de l'équipe soignante

VOTRE Nom- Prénom : **Tél. :**

Vous répondez à ce questionnaire concernant **Mme Mr** :

En tant que : Membre de sa famille CMP/CHS
 Représentant légal Autre à préciser :

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de réaliser une évaluation globale de la situation de l'intéressé(e), merci de bien vouloir compléter, en fonction des informations dont vous disposez, les tableaux ci-dessous (*cocher la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation et préciser, si besoin, les éléments dans « observations »*) :

Tâches et exigences générales, relations avec autrui, communication				
Activités :	Fait seul	Fait avec stimulation	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Fixer son attention				
Mémoriser				
Prendre des décisions				
Prendre des initiatives				
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée, éviter un danger)				
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui (émotions, pulsions)				
Utiliser des appareils de communication				
Mener une conversation				

Vie domestique et vie courante					
Activités :	Fait seul	Fait partiellement avec stimulation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas					
Faire son ménage					
Entretenir son linge, vêtements					
S'occuper de sa famille					
Gérer le budget, faire démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations de voisinage					
Participer à la vie sociale et civique					
Partir en vacances, loisirs					

Entretien personnel et déplacements

Activités :	Fait seul	Fait avec stimulation	Fait avec Surveillance continue	Ne fait pas	Observations
Se laver					
S'habiller / Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Prendre soin de sa santé					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en commun					
Conduire un véhicule					

Vie Professionnelle

Activités :	Peut seul	Peut difficilement	Ne peut pas	Observations
Travail à temps plein				
Travail à temps partiel				
Respecter un rythme de travail imposé				
Gérer les situations de stress				
Organiser son travail				
Travailler en équipe				
Etre en contact avec le public				
Respecter les règles de base				

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de l'Aveyron (contexte familial et social, logement, essai d'insertion professionnelle, ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Description des déficiences actuelles du psychisme (cocher et entourer les mentions)

<input type="checkbox"/> troubles de la volition	<i>Apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de la pensée	<i>Idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, délire...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de la perception	<i>Illusions, hallucinations, déréalisation ...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de la communication	<i>Logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, Bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires,...</i>
<input type="checkbox"/> troubles du comportement	<i>Agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de l'humeur	<i>Troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de la conscience et de la vigilance	<i>Légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne ...</i>
<input type="checkbox"/> troubles intellectuels ou cognitifs	<i>Séquellaires d'une affection mentale ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale...</i>
<input type="checkbox"/> troubles de la vie émotionnelle affective	<i>Anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective...</i>

Date : **et signature de la personne de l'entourage ou du soignant :**

« Je soussigné(e) Mme-Mlle-Mr autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de l'Aveyron »

Date : **et signature de la personne concernée :**