

# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

Date :

Nom de l'évaluateur :

Tiers présent :

## 1] RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Identité

Nom de naissance :  Nom d'usage :

Prénoms :  Date de naissance :

N° SS :

### Coordonnées

Adresse :

Téléphone fixe :  Portable :

Adresse mail :

### Type de logement

- Appartement
- Maison
- Résidence autonomie
- Autre forme de logement regroupé
- Logement précaire
- Autre : .....

### Accès au logement

- Porte
- Digicode
- Boîtier à clé
- Parking

Comment s'y rendre ?

### Situation familiale

- Marié(e)
- Célibataire
- Pacsé(e)
- Concubinage
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf, veuve

### Situation socio-professionnelle

- Sans activité
- En activité
- Retraité(e)
- Activité exercée : .....

### Personnes ressources

Référent  Tél :   
Mail :

Personne de confiance  Tél :   
Mail :

Représentant légal  Tél :   
Mail :

### Protection juridique

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle

### Financement

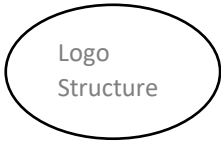
Caisse de retraite :

Mutuelle :

APA /droits ouverts ou en cours d'ouverture :

PCH / droits ouverts ou en cours d'ouverture :

- Auto-financement



# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

## 2] ORIGINE ET CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

### Origine

La personne  La famille

Un professionnel

### Nature de la demande

Première demande  Renouvellement (le : ..... )  Aggravation (le : ..... )

### Evènements marquants

Dégradation de l'état de santé ou de l'autonomie de la personne  Hospitalisation récente

Changement de lieu de vie  Départ / décès d'un proche  Perte d'autonomie / maladie d'un proche

Entrée du conjoint en établissement  Épuisement de l'aidant  Autre : .....

### Commentaires

## 3] ENVIRONNEMENT SOCIAL DE LA PERSONNE

### Mode de vie

Vit seul(e)  Vit avec une personne autonome  Vit chez une autre personne  Conjoint en établissement

Vit avec une personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap  Cohabitation

### Commentaires - (Éléments histoire de vie)

### Enfants

Nombre d'enfants

### Identité

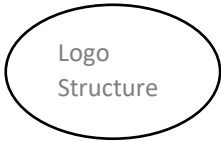
### Coordonnées

### Nature et fréquence des contacts

Identité	Coordonnées	Nature et fréquence des contacts

### Relations sociales

Isolement :  Oui  Non



# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

Entourage, bénévole : Nature et fréquence des contacts

Participation à des activités à l'extérieur  Oui  Non

Activité au domicile  Oui  Non

Commentaires

Présence d'animaux  Oui  Non

Commentaires

## 4] EXPRESSION DE LA PERSONNE ET DE SON ENTOURAGE

Capacité d'expression  Oui  Non

Souhaits de la personne

Souhaits de l'entourage (famille, aidant)

## 5] ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : LOGEMENT ET AIDES TECHNIQUES

Accès au logement

Marches  Escalier  Étage avec ascenseur  Autre

Intérieur du logement Adapté  Oui  Non  Présence de nuisible(s)

Éléments posant des difficultés dans les pièces à vivre et les espaces de circulation

Présence de marches  Sols défectueux (glissant, vétustes)  Tapis ou mobilier gênant les déplacements

Taille des pièces et des zones de circulation inadaptées  Zone(s)\* à risque, encombrée(s)

Equipement inadapté vétuste ou absent  Difficulté de fermeture des volets

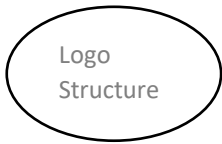
Autres éléments posant des difficultés : .....

Sanitaires

Absence de salle de bain ou de salle d'eau  Baignoire ou douche inadaptée  WC inadaptés  WC absents

Chauffage

Commentaires - (Adhésion pour désencombrer) \*



# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

## Aides techniques existantes

- Aide à la mobilité, aux transferts et à l'installation
- Aide pour les sanitaires
- Aide pour la communication et la lecture
- Aide à la préhension, l'habillage, les activités courantes

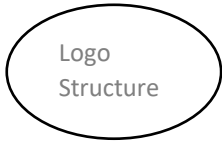
Commentaires

## 6] AIDES ACTUELLES

### Aide apportée par l'entourage

	Aidant 1	Aidant 2
Identité		
Lien		
Adresse		
Téléphone Fixe Portable		
Adresse mail		
Nature et fréquence de l'aide apportée		
Aide Indispensable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de relais (par un aidant non-professionnel)		

Commentaires



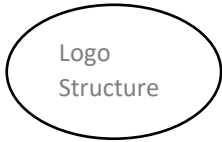
# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

## Aide apportée par les professionnels

	Nom et Coordonnées	Natures des tâches, soins, fréquence
Médecin traitant		
Soins infirmiers (IDE-SSIAD)		
Paramédicaux		
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Équipe spécialisée Alzheimer		
Hôpital de jour		
Aide à domicile (Autre)		
Téléassistance		
Portage de repas		
Accueil de jour		
Accompagnement (Educatif - Social)		
Autres		

## 7] RÉALISATION DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

État de santé <small>Repéré ou évoqué par la personne ou l'aidant</small>				
Évaluation	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Commentaires <small>Qui fait quoi, comment, avec quelles aides</small>
<b>Transferts</b> : Se lever, se coucher, s'asseoir / passer de l'un à l'autre				
<b>Alerter</b> : savoir utiliser téléphone, sonnette, téléalarme				
<b>Déplacements</b> <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur				
<b>Cohérence</b> <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Comportement				



# ÉVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE AIDÉE ET DE SON ENTOURAGE

Évaluation	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Commentaires <small>Qui fait quoi, comment, avec quelles aides</small>
<b>Orientation</b> <input type="checkbox"/> Dans le temps <input type="checkbox"/> Dans l'espace				
<b>Toilette</b> <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas				
<b>Élimination</b> <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Urinaire				
<b>Habillage</b> <input type="checkbox"/> Haut /passer tête, bras <b>Déshabillage</b> <input type="checkbox"/> Moyen /boutons, ceinture <input type="checkbox"/> Bas du corps, chaussures <input type="checkbox"/> Bas de contention <input type="checkbox"/> Protection				
<b>Achats</b> Pour le quotidien				
<b>Cuisine</b> Préparer les repas				
<b>Alimentation</b> <input type="checkbox"/> Se servir <input type="checkbox"/> Hydratation <input type="checkbox"/> Manger				
<b>Entretien du logement</b> Effectuer les travaux ménagers courants				
<b>Gestion</b> Du quotidien, administrative				
<b>Suivi traitement</b> Gérer soi-même son traitement				

## 8] ÉLABORATION DU PLAN D'AIDE

Nombre d'heures mensuelles :  Par semaine  Dépassement :  Oui  Non

Rythme :

X	Missions	X	Missions
	Entretien du logement		Aide à la préparation des repas
	Entretien du linge		Service de repas
	Compagnie et stimulation		Aide à la prise des repas
	Aide à la toilette		Surveillance de la prise des médicaments
	Aide à l'habillage		Promenade en extérieur
	Aide à la continence		Aide aux courses avec – sans
	Aide aux transferts et aux déplacements		Aide administrative

Objectif(s) de départ :

### Planification

Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Férié
<b>Matin</b>								
Contraintes								
Aidant								
Visite pros								
<b>Midi</b>								
Contraintes								
Aidant								
Visite pros								
<b>Après-midi</b>								
Contraintes								
Aidant								
Visite pros								
<b>Soir</b>								
Contraintes								
Aidant								
Visite pros								