



Cette fiche vise à percevoir le participant dans sa globalité afin de répondre au mieux à ses attentes et besoins. Les renseignements donnés sont à usage interne uniquement.

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom : Nom :

Sexe (M/F) : Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

E-mail :

N° de sécurité sociale :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

Le participant fréquente un établissement : oui |

Si oui, quel type (Foyer, ESAT, IME...) : foyer

Nom : Foyer APAJH du Couserans

Adresse : 39 /41 Avenue Henri Bernère

Code postal : 09200 Ville : Saint Girons

Téléphone : 05 34 09 87 20

E-mail : educ.sg@apajh09.asso.fr

Personne référente : Loréna Sala. Fonction : éducatrice et référente projets avec l'association Chemin Faisant

Association gestionnaire : APAJH 09

2. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cette rubrique a pour objectif d'avoir des renseignements précis de l'accompagnement nécessaire dans les actes de la vie quotidienne afin d'adapter au mieux la prise en charge.

Hygiène

Sait se laver : oui assisté non

Sait aller aux toilettes : oui assisté non

Sait se raser : oui assisté non

Sait s'habiller : oui assisté non

Enurétique : diurne nocturne non

Encoprétique : diurne nocturne non

Porte des protections : diurne nocturne non

Précisions :

.....

Sommeil

Fait la sieste : oui non

Se lève la nuit : oui non

Peut avoir des angoisses : oui non

Heure habituelle du coucher du participant :

Peut-il se coucher plus tard (soirée...) ? oui non

Heure habituelle de réveil :

Précisions :

Repas

A besoin d'aide pour les repas : oui non

Sait couper ses aliments : oui non

Mange mixé ou pré-haché : oui non

Café (avec caféine) autorisé : oui non

Si la personne suit un régime alimentaire, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.

Précisions :
.....
.....

Alcool et tabac

Il ne s'agit en aucun cas d'une incitation à la consommation : pour ceux dont l'autonomie et l'âge le permet, ceci constitue un supplément de renseignements concernant les habitudes du participant.

Alcool autorisé : oui non

✓ Bière, vin, cidre : oui non

✓ Alcool fort (apéritifs et digestifs) : oui non

Fume : oui non

Le fait gérer par un animateur ? : oui non

Consignes éventuelles :
.....
.....

Transports

Le participant a-t-il des contre-indications en ce qui concerne les moyens de transports ?
.....
.....

Si les maux de transport induisent une prise de médicaments, veuillez vous assurer que ceci est signalé par le médecin dans la fiche médicale.

Lors des déplacements à pied, le participant a-t-il conscience des dangers ? Oui non

Consignes éventuelles :
.....
.....

Aptitudes

Capacités physiques :

Peut marcher : + d'1h 1h - d' 1h

Rythme : dynamique modéré lent

Béquilles ou cannes : oui non

Autres remarques :
.....
.....

Sait gérer ses affaires personnelles : oui assisté non

Le participant fait-il gérer son argent personnel par un animateur ? oui non

Le participant sait téléphoner : oui non

Si oui, possède-t-il un portable ? oui non

Autres remarques :
.....
.....
.....

3. VIE EN COLLECTIVITÉ

Cette partie permettra à l'équipe d'encadrement de connaître les capacités d'expression et de compréhension du participant ainsi que son comportement au sein d'un collectif.

Communication

- Communique par le langage : oui non Comprend facilement ce qu'on lui dit : oui non
Communique par les gestes : oui non Sait écrire : oui non
Utilise des pictogrammes : oui non Sait lire : oui non
Si non, sait se faire comprendre : oui non
Le participant est-il pertinent dans ses propos ou dans ses gestes ?
Toujours souvent parfois jamais

Consignes éventuelles pour faciliter la communication :

.....
.....

Comportement au sein d'un groupe

- Connaissance de la vie en collectivité : Attitude au sein d'un collectif :
Le participant a-t-il l'habitude d'évoluer au sein A l'habitude de s'intégrer à un nouveau
d'un collectif ? oui non groupe ? oui non

- Participation dans les actes collectifs : Est déjà parti en séjour ou transfert ?
Participe aux actes de la vie quotidienne : oui non oui non
A besoin d'être sollicité ? oui non

Autres précisions :

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

4. CAPACITÉS D'ADAPTATION

Cette partie consiste à cerner les capacités d'adaptation du participant afin d'adapter au mieux son environnement et son accompagnement.

Orientation spatiale

- Sait s'orienter dans un lieu qu'il ne connaît pas : oui non
A l'habitude de sortir seul : oui non
A l'habitude de rester seul : oui non
Peut demander son chemin : oui non

Troubles du comportement

- | | |
|--|---|
| Dépression : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Manifestations agressives : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Symptômes : | envers soi <input type="checkbox"/> les autres <input type="checkbox"/> les objets <input type="checkbox"/> |
| | Symptômes : |
| Fréquence : | |
| Causes : | Fréquence : |
| | Causes : |
| | |
| Angoisses : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Autres troubles du comportement : |
| Symptômes : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| | Précisez : |
| Fréquence : | |
| Causes : | |
| | |

Informations complémentaires :

.....
.....