

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

1. Propreté – Hygiène - Toilette

- | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| • Fait sa toilette | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • S'habille | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • Change ses vêtements | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • Se chausse | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • Se rase, s'épile | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • Va aux toilettes | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas |
| • A peur de la douche | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| • Est énurétique le jour | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| • Est énurétique la nuit | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| • Est encoprésique le jour | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| • Est encoprésique la nuit | ☐ Oui | ☐ Non | | |
| • Porte des protections | ☐ Oui | ☐ Non | | |

2. Repas - Alimentation

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| • Mange | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas | ☐ Oui après préparation |
| • Boit | ☐ Seul | ☐ Avec aide | ☐ Ponctuelle | ☐ Ne le fait pas | |
| • Particularités alimentaires | ☐ Oui | ☐ Non | Préciser : | | |
| • Si oui la (les) quelle(s) : régime, aliments mixés, semi mixé (joindre ordonnance et protocole) | | | | | |
| • Utilisation de gélifiant pour les boissons ? | ☐ Oui | ☐ Non | | | |

Autres remarques sur son alimentation, sa façon de manger :

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

Tél. : 05 53 41 80 85

Courriel : secretariat@foyerdumontclair.fr / Site : foyerdumontclair.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

3. Nuit - Sommeil - Lever – Coucher

- Heure habituelle de coucher :h.....
 - A peur de l'obscurité : ☐ Oui ☐ Non
 - A des difficultés pour dormir : ☐ Oui ☐ Non
 - A des angoisses nocturnes : ☐ Oui ☐ Non
 - Se lève la nuit : ☐ Oui ☐ Non
 - Heure habituelle du lever :h.....
 - Fait la sieste : ☐ Oui ☐ Non
- Que préconisez-vous ?

4. Santé

- Non-voyant ☐ Oui ☐ Non
- Malvoyant ☐ Oui ☐ Non
- Porte des lunettes ☐ Oui ☐ Non (Si oui, fournir l'ordonnance pour les lunettes)
- Porte des lentilles de contact ☐ Oui ☐ Non (Si oui, fournir l'ordonnance pour les lentilles de contact)
- Sourd ☐ Oui ☐ Non
- Malentendant ☐ Oui ☐ Non
- Porte une prothèse auditive ☐ Oui ☐ Non (Si oui, fournir l'ordonnance pour les prothèses auditives)
- Porte une prothèse dentaire amovible ☐ Oui ☐ Non
- Autres (chaussure orthopédiques, corset, semelles, etc...)
- A-t-il un traitement médical ? (cf. fiche médicale) ☐ Oui ☐ Non
- Prend son traitement ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ À donner

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

Tél. : 05 53 41 80 85

Courriel : secretariat@foyerdumontclair.fr / Site : foyerdumontclair.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

- Épilepsie stabilisé ☐ Oui ☐ Occasionnelle ☐ Fréquente ☐ Non
- Malgré l'épilepsie, la baignade est autorisée ? ☐ Oui ☐ Non
- Poids : Taille :

5. Addictions

- Fume habituellement ☐ Oui ☐ Non
- Nombre de cigarettes ou de paquets quotidien :
- Consommation d'alcool ? ☐ Oui ☐ Non
- Conduite à risque :

6. Sexualité : Pour les femmes

- Si femme, la personne est réglée ☐ Oui ☐ Non
- Si femme, elle utilise un moyen contraceptif ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?
- Si femme, elle utilise des serviettes périodiques ☐ Oui ☐ Non
- Si femme, elle utilise des tampons ☐ Oui ☐ Non

7. Communication

- Téléphone ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Ponctuelle ☐ Ne le fait pas
- Écrit ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Ponctuelle ☐ Ne le fait pas
- Lit ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Ponctuelle ☐ Ne le fait pas
- Mode de communication par langage ☐ Oui ☐ Non
- Mode de communication par gestes ☐ Oui ☐ Non
- Mode de communication par cris ☐ Oui ☐ Non
- Autres :

8. Argent Personnel

- Gère son argent ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Pas du tout

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

Tél. : 05 53 41 80 85

Courriel : secretariat@foyerdumontclair.fr / Site : foyerdumontclair.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

- Fait un achat simple ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Pas du tout
- Habituellement reçoit de l'argent ☐ chaque semaine ☐ une fois par mois ☐ Pas du tout ☐ Autres

9. Sorties

- Peut sortir seul [sans accompagnateur] ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Pas du tout
- Lit l'heure ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Est capable de rentrer à une heure fixe ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- A besoin de temps pour s'adapter ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Se repère dans de nouveaux lieux ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide

10. Motricité / Déplacement

- Monte un escalier seul ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Se déplace en fauteuil roulant tout le temps ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Se déplace en fauteuil roulant en sortie ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Emporte son fauteuil ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Un véhicule adapté est nécessaire ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Utilise une canne, un déambulateur ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Peut marcher ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- ☐ - 30 minutes ☐ - d'une heure ☐ + d'une heure
- Malade en transports ☐ Oui ☐ Non
- Remarques complémentaires quant aux déplacements :

11. Activités – Loisirs

- Choisit une activité parmi plusieurs ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Nage ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Pratique régulièrement une activité ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle ?
- Est fatigable ☐ Oui ☐ Non

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

Tél. : 05 53 41 80 85

Courriel : secretariat@foyerdumontclair.fr / Site : foyerdumontclair.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

- Peut soutenir son attention de façon prolongée ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec aide
- Autres centres d'intérêts (culturel, intellectuel, artistique, sportif, ludique) :

12. Relations

- Difficultés relationnelles peuvent se manifester ☐ Oui ☐ Non
- Comment (blocage, insultes, violence, etc...) ?
- Avec qui ? ☐ Les encadrants ☐ Les résidents ☐ Les personnes extérieures

13. Comportement

- A un objet fétiche ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel ?.....
- A des rituels ☐ Oui ☐ Non Si oui lesquels ?
- A tendance à fuguer ☐ Oui ☐ Non
- A tendance à errer ☐ Oui ☐ Non
- La personne est sujette :
 - Aux délires ☐ Oui ☐ Non
 - Aux hallucinations ☐ Oui ☐ Non
 - A la phobie (eau, chien, feu, foule...) ☐ Oui ☐ Non Si oui lesquelles ?.....
- Peut se mettre en danger ☐ Oui ☐ Non Si oui comment ?
- N'a pas conscience du danger ☐ Oui ☐ Non

Nom de la personne ayant rempli le questionnaire d'évaluation :

Service d'affectation :

Fonction dans l'établissement :

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

Tél. : 05 53 41 80 85

Courriel : secretariat@foyerdumontclair.fr / Site : foyerdumontclair.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU RÉSIDENT

(à remplir par l'établissement)

NOM ET PRÉNOM DU RÉSIDENT : Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date : / /

Signature :