

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
1. COMMUNICATION	
<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale Langue usuelle : Modalités d'expression (précisez) Fiabilité du oui/non <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Utilise un support de communication (précisez) Utilise un matériel électronique (précisez)
Remarques :	
2. VIE PSYCHIQUE	
Participation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Agitation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Replié sur lui-même <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Risque de fugue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Auto-agressivité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hétéro agressivité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Retard intellectuel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Remarques / Recommandations : Consignes de sécurité post opératoires :
Remarques :	
3. LOCOMOTION – TRANSFERT - DEPLACEMENTS	
Modalités de déplacement (à préciser) Retournement dans le lit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Transfert (lit- fauteuil) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Position assise <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Utilisation autonome du <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON fauteuil	Matériel de locomotion <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève-malade Appareillage :
Remarques (photos d'installations appréciées) photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. MOTRICITE	
A. Spasticité/raideur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON B. Mouvements anormaux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON C. Troubles orthopédiques invalidants <input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Fragilité osseuse Autres	<input type="checkbox"/> Pompe liorésal <input type="checkbox"/> Installation ou technique particulière de décontraction (voir photos) <input type="checkbox"/> Appareillage et/ou postures (préciser) (voir photo) Horaire d'installation Durée
Remarques (photos d'installations appréciées) photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
5. ETAT SENSORIEL	
Malvoyant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Non voyant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Malentendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Non entendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hypoesthésie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hyperesthésie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appareillage auditif <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> appareillage bilatéral Lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Canne blanche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Aide technique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Remarques :	
6. SOMMEIL	
<input type="checkbox"/> Paisible <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie Position de sommeil (voir photos)	Besoin d'installation de protection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez : Besoin d'appareillage nocturne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez : Besoin de mobilisation nocturne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Existence d'objets transitionnels (doudou, etc...) Rituels d'endormissement :
Remarques (photos de positionnement appréciées) photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7. LOCOMOTION – TRANSFERT - DEPLACEMENTS	
Autonomie	
<input type="checkbox"/> Soins de bouche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Soins des yeux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Toilette du corps <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Habillage / déshabillage <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Soins de peau spécifiques <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Escarre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Porteur BMR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Chariot douche <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> Coussins
Remarques	
8. MOTRICITE	
<input type="checkbox"/> Orale Besoin d'aide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fausse route Alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Liquide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Durée moyenne de repas <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Parentérale Trouble du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Positionnement (voir photos) Consistance des aliments <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> pommade Boisson : <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gélifiée <input type="checkbox"/> Sonde Régimes à préciser : Matériel adapté Port de prothèse dentaire (joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires et matériel adapté)
Remarques (photos de positionnement appréciées) photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
9. ELIMINATION	
Contrôles sphinctériens acquis <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Constipation habituelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tendance aux fécalomes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tendance aux infections urinaires <input type="checkbox"/> Aide à la miction <input type="checkbox"/> Aide pour aller à la selle (doigtier) <input type="checkbox"/> sondage <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> à demeure	Couche : <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour taille : <input type="checkbox"/> Sonde urétrostomie N° (____) <input type="checkbox"/> Sonde vésicale N° (____) <input type="checkbox"/> Cathéter sus-pubien <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Siège WC adapté <input type="checkbox"/> Poche anus artificiel
Remarques :	
10. RESPIRATION	
Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Aspiration <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Trachéotomie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Aspirateur <input type="checkbox"/> O2 Débit : <input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu Horaires Ventilation continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Horaires <input type="checkbox"/> Canule type N° Rythme du changement Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Remarques Installations à privilégier ou à éviter	
11. CRISE D'ÉPILEPSIE	
Fréquence Type	Port du casque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Protocole en cas de crise :
Remarques / Recommandations préventives :	
12. DOULEUR (voir grille d'évaluation)	
Description des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux <input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> pleurs <input type="checkbox"/> cris <input type="checkbox"/> Mouvements de défense <input type="checkbox"/> raideur <input type="checkbox"/> Agitation inhabituelle <input type="checkbox"/> Diminution de l'éveil <input type="checkbox"/> Diminution de la communication	Les petits moyens pour aider à soulager la douleur <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Jouets <input type="checkbox"/> Doudou <input type="checkbox"/> autres (précisez) Les gestes ou attitudes à éviter : Traitement médicamenteux ou autres (positionnement, massage, etc...) Auxquels la personne est particulièrement sensible :
Remarques	