

# AUTONOMIE

*Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à cette fiche, elle permet à l'équipe d'encadrement d'appréhender le niveau du handicap et de contribuer à un meilleur accueil.*

## Votre niveau d'autonomie

- Bonne autonomie** : vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie** : vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante** : vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

## Vos déplacements

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté

Si oui, répondez aux questions suivantes :

- Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquilles pour vous déplacer ?  Oui  Non
- Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
  - De manière permanente
  - Pour vos déplacements extérieurs
- Avez-vous un fauteuil roulant électrique ?  Oui  Non
- Y a-t-il restriction à rester en position assise ?  Oui  Non  
Si oui, nombre d'heures maximum .....
- Portez-vous ou utilisez-vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...)  Oui  Non
- Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ?  Oui  Non
- Êtes-vous capable de faire vos transferts ? (fauteuil>lit et fauteuil>toilettes)  Oui  Non  
Si oui, de combien de personnes avez-vous besoin pour vous aider ? .....
- Décrivez-nous la méthode de transfert à employer/vos habitudes/l'aide qu'on peut vous fournir .....
- Que vous vous déplaçiez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ?  Oui  Non  
Si oui, combien de temps ? .....

## Vos modes d'expression et de communication

- Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations :  
.....  
.....  
.....  
.....

- Avez-vous des difficultés pour vous exprimer et vous faire comprendre ? .....
- Pouvez-vous  Lire  Écrire
- Avez-vous des difficultés auditives ?  Oui  Non  
si oui, portez-vous :  
 Un appareil auditif ?  
 Un autre appareil (ex : casque filtrant)  
.....
- Avez-vous des difficultés visuelles ?  Oui  Non  
si oui :  
 Portez-vous des lunettes ?  
 Êtes-vous malvoyant ou non voyant ?  
Commentaires éventuels .....

## Vos habitudes de vie

- **Alimentation/Goûts alimentaires**
- De manière générale, qu'est-ce que vous aimez /n'aimez pas :  
.....
- Que prenez-vous au petit déjeuner ? .....
- Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non
- Avez-vous des allergies alimentaires ?  Oui  Non  
Si oui, lesquelles ? .....
- Portez-vous une prothèse dentaire ?  
 Oui  Non  Inférieure  Supérieure
- Avez-vous besoin que votre nourriture soit :  
Mixée  Oui  Non Hachée  Oui  Non  
Moulinée  Oui  Non En pommade  Oui  Non
- Avez-vous besoin d'aide pour manger ?  Oui  Non
- Avez-vous besoin d'aide pour boire ?  Oui  Non
- Consommez-vous de l'eau gélifiée ?  Oui  Non
- Un matériel spécifique est-il nécessaire ?  Oui  Non
  - Assiette à rebord
  - Gobelet
  - Cuillère adaptée
  - Paille

## Hygiène

- Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ?  Oui  Non
- d'une aide pour vous laver ?  Oui  Non
- d'une aide pour vous habiller ?  Oui  Non
- Si oui, répondez aux questions suivantes :
  - ❖ Avez-vous besoin :
    - d'une chaise pour prendre votre douche
    - d'un lit-douche pour prendre votre douche
    - d'aide pour aller aux toilettes
  - ❖ Portez-vous des protections :
    - le jour
    - la nuit
- Si vous êtes un homme, vous rasez-vous seul ?
  - à l'aide d'un rasoir électrique
  - à l'aide d'un rasoir mécanique
- Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ?  Oui  Non
- Si oui, quel type de prothèses ou appareillages et quel protocole à suivre (ex : sonde, etc.) : .....

## Sommeil

- Dormez-vous bien ?  Oui  Non
- Faites-vous une sieste en journée ?  Oui  Non
- Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?  Oui  Non
- Avez-vous besoin d'être réveillé(e) la nuit pour aller aux toilettes ?  Oui  Non
- Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ? .....

## Matériel

- Utilisez-vous un lit médicalisé ?  Oui  Non
- Avez-vous besoin d'un matelas anti-escarres ?  Oui  Non
- Utilisez-vous un lève-personne ?  Oui  Non
- Avez-vous besoin d'une contention ?  Oui  Non
- Matériel utilisé pour la contention : .....

## Vos habitudes de vie

### Généralités

- Êtes-vous fumeur(se)  Oui  Non
- Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?
  - ❖ Par jour : .....
  - ❖ Par semaine : .....
  - ❖ Gérez-vous seul(e) votre consommation de tabac ?  Oui  Non
- Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non
- Contre-indiqué ?  Oui  Non
- Formellement interdit ?  Oui  Non
- Gérez-vous seul(e) votre argent de poche ?  Oui  Non

### Loisirs

- Quelles sont les activités que vous appréciez au quotidien ?
- Activités manuelles : .....
- Activités sportives : .....

- Pendant vos vacances
- Activités manuelles : .....
- Activités sportives : .....
- Savez-vous nager ?  Oui  Non
- Êtes-vous autorisé(e) à nager ?  Oui  Non
- Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ?  Oui  Non
- Savez-vous faire du vélo ?  Oui  Non
- Avez-vous peur des animaux ?  Oui  Non
- Si oui, lesquels ? .....
- De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ? .....

## Courrier/Téléphone

- Disposerez-vous d'un téléphone portable lors de votre séjour ?  Oui  Non
- À qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ? Noms, prénoms, lien de parenté/d'amitié, adresse complète, n° de tél. ....

## Relation à l'autre

- Comportement social** : vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance.
- Comportement ritualisé repérable** : vous pouvez être instable dans vos modes de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais vous pouvez avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.
- Comportement instable et atypique** : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'auto-mutilation et/ou agression.
- Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers les autres ?  Oui  Non
- Si oui, de quel(s) comportement(s) s'agit-il (agressions verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ? .....

- Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ?  Oui  Non
- Si oui, de quel(s) comportement(s) s'agit-il ? .....

- Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risque de fugue) ?  Oui  Non