



QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES EQUIPES SOCIALE ET/OU SOIGNANTE

Ce questionnaire peut être complété par tout membre de l'équipe.

Nom et prénom de l'intéressé(e) :

Date de naissance :

Domicilié(e) :

Retentissement de la pathologie psychique :

volition (*apragmatisme, négativisme, inhibition ...*) préciser :

.....

pensée (*lenteur de la pensée, délire ...*) préciser :

.....

perception (*illusions, hallucinations ...*) préciser :

.....

communication (*logorrhée, coq-à-l'âne, repli autistique ...*) préciser :

.....

comportement (*agressivité, agitation, instabilité ...*) préciser :

.....

humeur (*troubles dépressifs, états d'excitation, dépression ...*) préciser :

.....

conscience et vigilance (*diminution de la vigilance, obnubilation ...*) préciser :

.....

capacités intellectuels ou cognitifs (*troubles de la mémoire, de l'orientation temporelle et spatiale ...*) préciser :

.....

vie émotionnelle et affective (*anxiété, immaturité ...*) préciser :

.....

Autres difficultés (en parallèle des troubles psychiques) : (préciser)

auditive :

cognitive :

visuelle :

du langage :

motrice :

autres problèmes de santé :

Si hospitalisation antérieure préciser la fréquence, la durée et les dates.

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

Adhésion au traitement : oui non

L'intéressé est-il capable :

- De prendre régulièrement son traitement comme prescrit : oui non

- De se rendre à ses rendez-vous médicaux et paramédicaux : oui non

Prise en charge thérapeutique actuelle :

Hospitalisation en cours :

Complète

Incomplète :

De jour

De nuit

De week-end

Fréquence :

Durée/j :

Date de début :

Date de fin envisagée (si connue) :

Etablissement :

Ambulatoire :

CATTTP

CMP

CSAPA

Fréquence :

Durée/j :

Date de début :

Date de fin envisagée (si connue) :

Service :

Autres (préciser) :

.....

.....

.....

.....

Avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (*impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...*)

.....

.....

.....

.....

.....

Actes essentiels (<i>entretien personnel et mobilité</i>)						<input type="checkbox"/> pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	Sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (<i>aide totale, partielle, épisodique, régulière...</i>)	non connu
Prendre soin de soi, se laver, s'habiller, prendre ses repas							
s'habiller en fonction de la météo							
prendre soin de sa santé (<i>régime, traitement, consultations...</i>)							
se déplacer à l'extérieur							
utiliser les transports en commun							
utiliser un véhicule (<i>voiture, scooter, vélo...</i>)							
autre (préciser) :							

Vie domestique et vie courante						<input type="checkbox"/> pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	sollicitation	surveillance continue	aide physique	non fait	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
faire ses courses							
préparer un repas							
faire son ménage							
entretenir son linge et ses vêtements							
Avoir des relations harmonieuses avec sa famille							
gérer son budget							
faire des démarches administratives							
vivre seul dans un logement indépendant							
Entretenir son logement							
avoir des relations de voisinage, amicales							
participer à la vie sociale, civique, culturelle et aux loisirs							
partir en vacances							
autre (préciser) :							

Tâches et exigences générales, relation avec autrui, communication				<input type="checkbox"/> pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	fait difficilement	ne fait pas	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
s'orienter dans le temps (<i>date, heure, jour ...</i>)					
s'orienter dans l'espace (<i>se repérer dans les lieux ...</i>)					
fixer son attention					
mémoriser					
mener une conversation					
savoir lire et écrire					
prendre des décisions					
prendre des initiatives					
gérer sa sécurité (<i>réagir de façon adaptée à une situation risquée, discerner le danger, éviter un danger</i>)					
maîtriser son comportement (<i>émotions, pulsions</i>) dans ses relations avec autrui					
utiliser des appareils et techniques de communication (<i>téléphone, ordinateur ...</i>)					
autre (préciser) :					

Capacités et limitations professionnelles				<input type="checkbox"/> pas de problème pour toutes ces activités	
activités	fait seul	fait difficilement	ne fait pas	observations (aide totale, partielle, épisodique, régulière ...)	non connu
communiquer					
être en contact avec le public					
travailler en équipe					
assurer l'encadrement					
comprendre une consigne					
respecter des règles					
appliquer un savoir faire					
acquérir un savoir faire					
organiser son travail					
assumer des modifications d'horaires					
travailler de nuit					
travailler à temps plein					
respecter un rythme de travail					
assurer tâches physiques					
travailler en hauteur					
travailler en station debout					
utiliser des machines dangereuses					
autre (préciser) :					

Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH :

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

Nom :

Prénom :

Fonction :

Date : / /

Cachet de la structure :

Signature :

Nb : ce document doit être porté à la connaissance de la personne concernée ; il pourra lui être transmis lors de toute demande de consultation de son dossier.