

Annexe 1
Dispositif 2005 de prise en charge complémentaire des aides humaines,
destiné aux personnes adultes très lourdement handicapées vivant à domicile

REFERENTIEL D'EVALUATION

Identification Monsieur Madame Mademoiselle le cas échéant n° dossier COTOREP

Nom : Prénom : Date de naissance : .. / .. / ..

Adresse Téléphone

Prestations et aides déjà attribuées au titre de l'aide humaine

- MTP ACP au taux de 80% Date de décision : .. / .. / Durée d'attribution
- Forfait auxiliaire de vie nombre de forfaits
- ACP déplafonnée (préciser le montant mensuel)
- Autre (préciser la nature et le montant mensuel)

Montant mensuel total des prestations et aides déjà attribuées au titre de l'aide humaine :

Modalités d'examen de la demande

Date de la demande d'aide complémentaire : .. / .. / ..

Evaluation à domicile Intervenants (préciser aussi la structure)

Date de la demande d'évaluation : .. / .. / ..

Date de retour : .. / .. / ..

Date de l'évaluation : .. / .. / ..

Procédure simplifiée

Type de document ou contact	Intervenant	Date

SYNTHESE ET CONCLUSION PAR LE COMITE D'ATTRIBUTION

Date de la réunion : .. / .. / ..

Besoins d'aide totale pour la plupart des actes essentiels : non oui

Besoins d'interventions actives la nuit : non oui

Certificat médical attestant que le maintien à domicile est médicalement possible non oui

Rémunération d'une tierce personne non oui

Effective Modalité de l'intervention : prestataire mandataire emploi direct

Nombre d'heures d'intervention d'une tierce personne rémunérée par jour :

En projet (préciser)

L'aide complémentaire est accordée justificatif fourni : non oui

Montant de l'aide attribuée (suivant les modalités précisées au chapitre II-3 de la circulaire)

L'aide complémentaire n'est pas accordée

Nom :

Prénom :

N° dossier COTOREP

Personne ou organisme à l'origine de la demande

- Usager Entourage Association Professionnel Autre (préciser)

Contexte de cette demande (si besoin)

Souhaits exprimés par la personne

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

- célibataire marié veuf séparé divorcé PACS concubin non précisé

Personnes vivant au foyer : compléter la liste des personnes présentes au foyer sauf si vit seul non précisé

Lien de parenté	Age	Activité de la personne (exemple: travaille, au foyer, scolarisée...)

- Protection juridique** Tutelle Curatelle Demande de mesure en cours
Mesure exercée par : Famille Organisme Autre
Nom et coordonnées du tuteur/curateur

- Activité professionnelle** exerce une activité professionnelle exerce un mandat électif
 étudiant ou en cours de formation au chômage inactif

CONDITIONS DE LOGEMENT

Type d'hébergement

- Domicile personnel Hébergée par un tiers Autre (préciser)

Situation (de la personne handicapée si domicile personnel, ou du titulaire du logement si la personne est hébergée)

- Propriétaire Locataire Occupant à titre gratuit Autre

Type de logement

- Maison individuelle Appartement/studio Chambre Logement précaire, habitation mobile

Habitat en milieu : urbain rural

Caractéristique du logement

oui	partiellement	non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence des éléments de confort (eau, salle de bain, wc, chauffage central)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence d'un ascenseur Si appartement préciser l'étage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le logement est accessible (<i>comprend l'accessibilité de l'immeuble</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toutes les pièces du logement sont accessibles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les installations sont adaptées

Aménagements : Réalisés : non oui

A envisager : non oui

si besoin, observation :

AIDES MISES EN OEUVRE

Intervention de l'entourage (*hors aides professionnelles*) NON OUI

conjoint enfant parent frère/sœur autre parent ami, voisin autre (*préciser*)

Nom de l'aidant principal

Coordonnées (*si différentes de la personne handicapée*)

Nature de l'aide et temps et/ou période d'intervention

actes essentiels* vie domestique et vie courante* surveillance**
 soutien psychologique aide aux déplacements extérieurs autre

*Ces aides sont à détailler dans le tableau 1 "organisation d'une journée type" et le tableau 3 "volet aide humaine du plan personnalisé"

**Préciser le motif : trouble du comportement, mise en danger, risque de chute, problèmes médicaux (crises d'épilepsie...)

Niveau de satisfaction de la personne handicapée

Très satisfait satisfait + ou- satisfait insatisfait très insatisfait

Besoins exprimés par les aidants

Faut-il envisager des changements dans la prise en charge actuelle?

Non le plus tôt possible à moyen terme (dans les 2 ans) à long terme (plus de 2 ans)

Préciser si besoin

Autres ressources familiales ou sociales mobilisables

Intervention de professionnels NON OUI

Modalité de prise en charge (le détail des interventions, par type d'intervenant, doit être inscrit dans la fiche 1)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour | <input type="checkbox"/> CMP |
| <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social | <input type="checkbox"/> Etablissement annexe XXIV (creton) | | |
| <input type="checkbox"/> SAMSAH | <input type="checkbox"/> SAVS | <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile |
| <input type="checkbox"/> Professionnels libéraux | <input type="checkbox"/> Emploi direct | <input type="checkbox"/> service mandataire | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |

Si prise en charge par un établissement ou une structure

Nature de prise en charge (plusieurs choix possible pour une même structure)

- Accueil de jour Hébergement de nuit Temporaire Accompagnement Autre (préciser)

Fréquence de la prise en charge :

Date d'admission : . . / . . / projet de sortie ou de fin de prise en charge : non oui : délai :

Coordonnées de la structure et personne référente :

Document de synthèse : date d'arrivée . . / . . /

Faut-il envisager des changements dans la prise en charge actuelle?

- Non le plus tôt possible à moyen terme (dans les 2 ans) à long terme (plus de 2 ans)

Préciser si besoin

Autres aides mises en œuvre

- Aides techniques Aide animalière
 Portage des repas Téléalarme Autre

Préciser si besoin

Autres aides à envisager non oui (Préciser si besoin)

TABEAU 1 : PROFESSIONNELS INTERVENANT EN AMBULATOIRE (interventions régulières existant au moment de l'évaluation)

Niveau de satisfaction de la personne : TS : très satisfait S : satisfait
 =/- S : plus ou moins satisfait, IS : insatisfait, TIS : très insatisfait

Intervenants	Nature de l'aide	Fréquence de l'intervention	Prise en charge financière	Observations	Niveau satisfaction
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie					
<input type="checkbox"/> Aide ménagère					
<input type="checkbox"/> Aide à domicile					
<input type="checkbox"/> Infirmier					
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute					
<input type="checkbox"/> Orthophoniste					
<input type="checkbox"/> Psychologue					
<input type="checkbox"/> Autre paramédical					
<input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique					
<input type="checkbox"/> Educateur					
<input type="checkbox"/> Conseiller en éducation sociale et familiale					
<input type="checkbox"/> Autre travailleur social					
<input type="checkbox"/> Traducteur en LSF ou codeur en LPC					
<input type="checkbox"/> Autre					

CAPACITES FONCTIONNELLES - ACTIVITES

Rubrique "réalisation effective" : Il s'agit d'apprécier les difficultés rencontrées, par la personne, lorsqu'elle réalise effectivement une activité, éventuellement en utilisant une aide technique, et une aide humaine

0 - Pas de difficulté 1 - Difficulté légère 2 - Difficulté modérée 3 - Difficulté grave 4 - Difficulté absolue
8 - Non précisé 9 - Sans objet

exemple : Si la personne effectue en partie sa toilette mais a besoin d'une aide partielle pour la compléter, la difficulté peut être, suivant son importance modérée ou grave. Si elle ne peut pas se laver (et a besoin d'une aide totale), la difficulté est absolue.

Rubrique "aide mise en œuvre" : Il s'agit d'indiquer les aides, dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation.

H - Aide humaine T - Aide technique L - Aménagement du logement

Elles sont destinées à apporter des précisions sur les difficultés rencontrées, notamment sur le contexte dans lequel elles surviennent, ainsi que sur les souhaits de la personne

OBSERVATIONS

CHANGER ET MAINTENIR LA POSITION DU CORPS	Réalisation effective								Aides mises en œuvre		
	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L	
Se coucher											
S'asseoir											
Se mettre debout											
Faire ses transferts											
Changer de point d'appui											
Resteur assis											

SE DEPLACER	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L
Marcher										
Utiliser des escaliers										
Se déplacer dans le logement										
Se déplacer à l'extérieur										

MANIPULATIONS	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L
Prendre avec la main droite										
Prendre avec la main gauche										
Prendre avec les deux mains										
Avoir des activités de motricité fine										
Soulever et porter des objets										
Déplacer des objets avec les membres inférieurs										

ENTRETIEN PERSONNEL	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L
Se laver										
Assurer la régulation de la miction										
Assurer la régulation de la défécation										
Apporter les soins au moment des menstruations										
Mettre et ôter des vêtements										
Mettre et ôter des chaussures										
Manger (des aliments déjà préparés)										
Boire										
Prendre soin de son corps (cheveux, ongles, maquillages...)										

OBSERVATIONS

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L
Faire les courses										
Préparer des repas										
Faire le ménage										
Entretien du linge et des vêtements										
Prendre soin de sa santé (<i>recours aux soins, régime...</i>)										
S'occuper des autres (<i>membres de la famille</i>)										
Gérer son budget, faire les démarches administratives										
Utiliser les transports en commun										
Conduire une voiture										

COMMUNICATION	0	1	2	3	4	8	9	H	T	L
Parler										
Mener une conversation										
Produire et recevoir des messages non verbaux										
Utiliser des appareils et techniques de communication (<i>dont téléphone, téléalarme...</i>)										
Entendre (<i>percevoir les sons et comprendre</i>)										
Voir (<i>distinguer et identifier</i>)										

Avis de la personne sur les préconisations (*figurant dans le tableau 3*)

Identité des personnes ayant réalisé cette évaluation (*préciser aussi la structure*)

Date de l'évaluation

Cachet

TABLEAU 2 : ORGANISATION D'UNE JOURNEE TYPE

Horaire	Activité de la personne handicapée	Aidants actuels et type d'aide

Nom :

Prénom :

N° dossier COTOREP

FICHE MEDICALE

Description clinique (en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel)

Pathologie principale à l'origine du handicap :

Pathologies associées (en lien avec le handicap) :

Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap

- Congénital Accident vie privée IPP Accident professionnel IPP.....
 Maladie Maladie professionnelle Inconnue

Tendance évolutive (appréciation globale)

- Amélioration Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante Risque vital

Durée prévisible des incapacités (si amélioration possible) : >1an <1an

préciser :

PRISES EN CHARGE

Traitement : non oui (préciser)

Autres prises en charges :

- non oui
 Kinésithérapeute infirmier orthophoniste psychologue ergothérapeute autre
(préciser la fréquence)

Consultations spécialisées régulières

non oui (préciser)

Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance :

non oui (préciser)

Hospitalisations itératives ou programmées

non oui (préciser motif, type et fréquence)

Autres soins réguliers :

non oui (préciser les soins concernés)

Nécessité d'assurer une prévention non oui
 cutanée urinaire et intestinale pulmonaire
 circulatoire orthopédique thermique autre
(préciser)

CONTRAINTES LIEES AUX TRAITEMENTS OU AUX SOINS : non oui

Existence de soins ou traitements nocturnes : non oui (préciser la nature et la fréquence des soins)

Autres contraintes Temps consacré aux soins Voies d'administration Horaires Répétition
 Apprentissage de technique Assistance d'un tiers Charge affective Autres

Présence d'un appareillage : non oui

Orthèse Prothèse 1 canne 2 cannes(ou autre aide) fauteuil roulant
 Appareil auditif Stomie Alimentation par gastro ou jéjunostomie
 Trachéotomie Appareil de ventilation Autre dépendance à une machine (préciser)
 Autres appareillages (préciser)

Observations (dont précisions sur l'adaptation et/ ou la tolérance de l'appareillage)

Autres contraintes (contraintes alimentaires, liées à l'exposition à des facteurs externes...) non oui (préciser)

Conclusions

Nom du médecin

Date

cachet

Cette fiche peut être renseignée par le médecin de l'équipe technique de la COTOREP ou un autre médecin. Dans ce dernier cas, elle doit être transmise sous pli confidentiel au médecin de l'équipe technique de la COTOREP.