

## EVALUATION DES CAPACITES ET DES ATTENTES DU RESIDENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date des entretiens : équipe socio-éducative : ...../...../.....  
 équipe d'accompagnement : ...../...../.....  
 pôle soin : ...../...../.....

### I. L'intégration sociale et les occupations (*équipe socio-éducative*)

<b><i>Intégration sociale</i></b>	Régulier	Occasionnel	Jamais
<i>Avec la famille, les amis</i>			
Retour en famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Week-ends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites de la famille, des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dans l'établissement</i>			
<i>Avec les résidents :</i>			
Cherche le contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour des demandes précises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus du contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avec le personnel :</i>			
Cherche le contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour des demandes précises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus du contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A l'extérieur</i>			
En ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Occupations</i>	Régulier	Occasionnel	Jamais
<i>Organisées dans établissement</i>			
Sports : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
Activités : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
Sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séjours transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echanges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Occupations (suite)</i>	Régulier	Occasionnel	Jamais

<i>Externes</i>			
Sports : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
Sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Participation à l'organisation de l'animation</i>			
Participe à la réunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des propositions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend des responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Gestion administrative et financière</i>	Seul	Avec aide	Ne fait pas
Rangement des papiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Souhaiteriez-vous avoir plus d'activités à l'extérieur (sportives, culturelles, de loisir, artistiques, cinéma...) et pourquoi ?

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

- Etes-vous satisfait des relations que vous entretenez avec les autres résidents et pourquoi, quelles améliorations souhaiteriez-vous ?

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

- Avez-vous trouvé un bon équilibre de vie au foyer, si oui, en quoi le foyer vous apporte cet équilibre ?

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

- Si le résident ne gère pas seul : avez-vous besoin d'aide pour mieux gérer votre budget et vos papiers ? Faites-nous des suggestions.

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

## II. Prendre soin de soi (les trois équipes)

### *Prend soin de son apparence physique :*

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui               | Observations : ..... |
| <input type="checkbox"/> Non               | .....                |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps | .....                |

### *Prend soin de son apparence vestimentaire :*

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui               | Observations : ..... |
| <input type="checkbox"/> Non               | .....                |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps | .....                |

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Votre apparence physique et vestimentaire vous paraît-elle importante, pourquoi ?

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

- Souhaiteriez-vous bénéficier de conseils à ce sujet, lesquels ?

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

- Avez-vous besoin d'aide pour aller chez le coiffeur ou lui demander de venir, ou pour aller chez l'esthéticienne ? Avez-vous d'autres suggestions ?

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

### III. La communication (équipe socio-éducative et pôle soin)

**Verbale :**

- Oui
- Avec difficultés
- Non

**Non Verbale :**

- Gestes
- Aides techniques : .....

**Compréhension :**

- Correcte
  
- Partielle

**Lecture :**

- Oui
- Avec difficultés
- Aides techniques : .....
- Non

**Communication écrite : Manuelle :**

- Oui
- Non

Informatique

- Oui
- Non

**Signature uniquement :**

- Oui
- Non

**QUESTIONS OUVERTES (exemples)**

- Pensez-vous que les moyens que vous utilisez actuellement pour communiquer son adaptés à vos besoins et pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

- Souhaiteriez-vous essayer une aide à la communication (humaine ou technique), Pourquoi et quelles sont vos suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

#### IV. L'orientation (*équipe socio-éducative*)

*Dans le temps :*

- Sait se repérer
- Se repère avec difficultés
- Ne se repère pas

*Dans l'espace :*

A l'intérieur :

- Sait s'orienter
- Avec difficultés : .....
- Ne sait pas

A l'extérieur :

- Sait s'orienter
- Avec difficultés : .....
- Ne sait pas

#### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Souhaiteriez-vous apprendre d'autres itinéraires pour mieux maîtriser votre environnement, quelles sont vos suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## V. Les déplacements (équipe d'accompagnement)

### Au sein de l'établissement :

	A l'intérieur	A l'extérieur
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec aide humaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### A l'extérieur de l'établissement :

Marche

Fauteuil manuel

Fauteuil électrique

	Conduit seul	Avec aide
<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilise les transports adaptés

Utilise les transports en commun

Autres : .....

	Seul	Aide partielle	Aide totale
<input type="checkbox"/> Utilise les transports adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utilise les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Connaissez-vous toutes les offres de transport et souhaitez-vous en connaître d'avantage ?

.....

.....

.....

.....

- Souhaitez-vous être aidé pour organiser vos transports ?

.....

.....

.....

.....

- Aimeriez-vous avoir un fauteuil roulant électrique pour aller plus souvent à l'extérieur ?

.....

.....

.....

.....

## VI. Le contrôle de l'environnement (équipe d'accompagnement)

	Seul	Aide partielle	Aide totale	Aide technique ou domotisation
Se servir de la sonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondre au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allumer / éteindre TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allumer / éteindre chaîne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir des télécommandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir les fenêtres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir les portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fermer les portes à clé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir de l'ascenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Connaissez-vous toutes les aides techniques existantes pour contrôler votre environnement ?

.....

.....

.....

.....

- Souhaitez-vous avoir des conseils à ce sujet ? Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

## VII. L'entretien de l'espace privatif (*équipe d'accompagnement*)

	Seul	Aide partielle	Aide totale
Amener son linge à la lingerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récupérer son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranger son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranger sa salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranger sa chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Pensez-vous que votre chambre est accueillante pour les personnes de l'extérieur ?

.....

.....

.....

- Vous sentez-vous bien dans votre chambre et souhaitez-vous des conseils pour l'aménager ou la décorer ?

.....

.....

.....

.....

.....



## IX. Les repas (équipe d'accompagnement et pôle soin)

- Alimentation :**
- Normale
  - Hachée
  - Mixée

Régime, si oui à préciser : .....

**Aides humaines :**

	Seul	Aide partielle	Aide totale
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installer la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation du micro-onde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre la serviette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enlever la serviette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation du bol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Débarrasser le couvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer l'éponge sur la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peler les fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminer son assiette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir le café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aides techniques (cocher si besoin de ces aides) :**

- Table surélevée
- Cuillère
- Pipette ou paille
- Rebord d'assiette
- Canard
- Tapis antidérapant
- Tablette fauteuil
- Autre : .....

**Autres observations concernant l'alimentation :**

.....

.....

.....

QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Pensez-vous avoir suffisamment d'informations sur l'équilibre alimentaire et avez-vous besoin de conseils à ce sujet ?

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

- Avez-vous le sentiment de rencontrer des difficultés lors des repas, si oui, lesquelles et quelles sont vos suggestions à ce sujet ?

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

- Pensez-vous qu'une adaptation ou une aide technique pourrait améliorer votre quotidien ?

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

**X. Le sommeil (équipe d'accompagnement)**

- Les nuits :**  Changements de position :  Sur appel de la personne  
 A heures fixes

- Habitudes et rituels : .....  
 Aides techniques : .....

**Habitudes de sieste :**

- Oui  
 Non

QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Que pensez-vous de la qualité de vos nuits et quelles sont vos suggestions ?

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

## XI. Les transferts (équipe d'accompagnement)

	Seul	Aide partielle	Aide totale
Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Véhicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilisation d'aides techniques : .....

Observations : .....

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Rencontrez-vous des problèmes lors de vos transferts ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

- Pensez-vous être suffisamment informé sur les aides techniques existantes, pourquoi et seriez-vous prêt à en utiliser ?

.....

.....

.....

.....

.....

## XII. L'habillement, le déshabillage (équipe d'accompagnement)

	Seul	Aide partielle	Aide totale
<i>Habillage</i>			
Sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boutons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### *Déshabillage*

Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Pensez-vous être suffisamment informé sur les aides techniques existantes, pourquoi, et seriez-vous prêts à en utiliser ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **XIII. La toilette (équipe d'accompagnement)**

	Seul	Seul avec stimulation	Aide partielle	Aide totale
Visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shampoing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette intime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essuyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manucure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Pensez-vous être suffisamment informé sur les aides techniques existantes, pourquoi, et seriez-vous prêts à en utiliser ?

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

- Pensez-vous qu'un accompagnement pourrait vous aider à développer votre autonomie, si oui, de quel type ?

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

## **XIV. La continence (pôle soin)**

### ***Elimination urinaire :***

- Continence :
- Incontinence occasionnelle :
- Incontinence permanente :
- Pénilex :
- Sonde urinaire à demeure :

### ***Elimination fécale :***

- Continence :
- Surveillance du transit :
- Incontinence occasionnelle :
- Incontinence permanente :
- Constipation :
- Traitement éventuel : .....

QUESTIONS OUVERTES (exemples)

- Pensez-vous être suffisamment informé sur les éventuels problèmes de continence que vous rencontrez ?

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

- Utilisez-vous des aides techniques, cela améliore-t-il votre quotidien et pourquoi ?

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

- Souhaiteriez-vous plus d'informations sur les aides techniques existantes (pénilex, sonde, protections...) ?

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