

## **GUIDE D'EVALUATION IDENTIFICATION**

**Identification**     Monsieur     Madame     Mademoiselle

N° dossier :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage / d'époux (se) :

**Demande(s) à l'origine de l'évaluation :**

- |  |  |   |  |                                    |
|--|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RQTH  | <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle :   | <input type="checkbox"/> Marché du travail      | <input type="checkbox"/> ESAT                        | <input type="checkbox"/> formation |
| <input type="checkbox"/> CI  | <input type="checkbox"/> Carte de priorité   | <input type="checkbox"/> Carte de stationnement |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> AAH   | <input type="checkbox"/> Complément de ressource AAH   |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Prestation de compensation                    | <input type="checkbox"/> Allocation compensatrice  |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Affiliation à l'assurance vieillesse          | <input type="checkbox"/> Orientation vers une structure médico-sociale (y compris maintien Creton) |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> AEEH  | <input type="checkbox"/> AVS   | <input type="checkbox"/> transport scolaire     | <input type="checkbox"/> matériel pédagogique adapté |                                    |
| <input type="checkbox"/> Avis pour aménagement des conditions d'examen | <input type="checkbox"/> Avis pour aménagement de scolarité  |   |  |                                    |

**PROJET DE VIE - SOUHAITS ET PROJETS DE LA PERSONNE**

- La personne a formulé un projet de vie

La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie

Le projet de vie n'est pas présent dans le dossier

Complément ou évolution du projet de vie exprimé par la personne au cours de l'évaluation :

**AVIS DE L'ENTOURAGE ET/OU DU REPRESENTANT LEGAL** *(systématique pour les mineurs et les majeurs protégés, suivant le contexte pour les majeurs ayant la pleine capacité juridique. La personne doit être informée de cette démarche) Préciser l'identité et la qualité des personnes ayant répondu.*

**GUIDE D'EVALUATION**  
**VOLET FAMILIAL, SOCIAL ET BUDGETAIRE (VOLET 1)**

*L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles dans la perspective de leur interaction avec les activités.*

**SITUATION FAMILIALE**

célibataire    marié    veuf    séparé    divorcé    PACS    concubin    non précisé

Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si :    vit seul    non précisé

<i>Lien de parenté</i>	<i>Age</i>

**OBSERVATIONS :**

**SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE HANDICAPEE**

**Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi**

- Enfant non scolarisé (dans ce cas préciser les modes de garde dans le tableau ci-dessous)
- Scolarisation, formation initiale et/ou autres formations non rémunérées (dans ce cas renseigner volet 3A)
- Activité professionnelle même non rémunérée y compris ESAT, apprentissage, interruption momentanée pour maladie...  
(dans ce cas renseigner volet 3B)
- Adulte sans activité dans ce cas renseigner ci-dessous :
  - Invalidité
  - Chômage
  - Au foyer
  - Congé parental
  - Non précisé
  - Retraité à l'âge normal
  - Retraite anticipée
  - Autre inactif

Cette situation est celle de la personne depuis :

- moins d'un an
- entre 1 et 5 ans
- plus de 5 ans
- inconnu

Pour les enfants (scolarisés ou non) préciser, le cas échéant, le mode de garde :

Modalités de garde	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement
Crèche		
Assistante maternelle		
Garde d'enfant à domicile		
Halte garderie		
Accueil périscolaire		
Centre de loisirs		
Centre de vacances		
Autres		

**Ressources propres de la personne :** sans objet*(uniquement pour les personnes dont on n'attend pas qu'elles se procurent elles-mêmes leurs ressources, par exemple les enfants)*

Salaire et autre revenu du travail

Allocation chômage

Indemnités journalières assurance maladie

Pension d'invalidité 1<sup>ère</sup> cat. 2<sup>ème</sup> cat. 3<sup>ème</sup> cat. (MTP)

Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Autres pensions (régimes particuliers d'invalidité ou d'incapacité – indemnisation par assurance...)

préciser : .....

avec majoration pour aide d'une tierce personne de cette pension (éventuellement taux ..... )

AAH, préciser le montant :

Complément de ressources

Majoration Vie Autonome

RMI

Autre allocation (*préciser*)

Retraite

Autres revenus (*préciser*)

Absence de ressource personnelle

Non précisé

D'autres demandes de ressources sont-elles en cours ? (exemple : demande de pension d'invalidité) : oui non  
(si oui préciser)Prestations familiales (*préciser*) :**"FONCTION ELECTIVE" OU PARTICIPATION A DES INSTANCES OU ORGANISMES OU SIEGENT DE DROIT DES REPRESENTANTS DE PERSONNES HANDICAPEES OU DE LEURS FAMILLES***(à ne remplir que si demande de prestation de compensation pour des frais supplémentaires)*

Sans objet

Exerce une des fonctions électives suivantes :

élu local (conseil municipal, conseil général, conseil régional)

député, sénateur

député européen

autre fonction élective relevant du code électoral (*préciser*)

Représentant d'associations représentatives des personnes handicapées dans une instance :

CDA

CDCPH

CNCPH

Conseil de la CNSA

Commission communale d'accessibilité

Autre instance où siègent de droit les représentants des personnes handicapées (*préciser*)

Date de fin du mandat : . . . / . . . / . . . . .

Besoins en aide humaine (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*)Autres besoins (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*)

**GUIDE D'EVALUATION  
VOLET HABITAT ET CADRE DE VIE (VOLET 2)**

*L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles dans la perspective de leur interaction avec les activités.*

**LOGEMENT**

**Type d'hébergement**

Domicile personnel	Domicile familial	Hébergé
Etablissement médico-social	Logement accompagné ou supervisé	SDF
Famille d'accueil	Hôtel	Autre ( <i>préciser</i> )

**Situation (du titulaire de logement)**

Propriétaire	Locataire (bailleur privé)	Locataire (bailleur social)
Occupant à titre gratuit	Logement de fonction	
Autre ( <i>préciser</i> )		

**Type de logement**

Maison individuelle	Habitat en milieu :	Urbain
Appartement/studio		Rural
Chambre		semi urbain
Logement précaire, habitation mobile		

**Caractéristiques du logement**

		existe		adapté		Observations <i>(Précisez notamment les éléments de domotique)</i>
		oui	non	oui	non	
Accessibilité ext.	Abords					
	Parking/stationnement					
	Entrée du bâtiment					
	Parties communes					
	Ascenseur					
	Autre élément repéré					
Accessibilité /adaptation	Séjour					
	Cuisine					
	Chambre					
	WC					
	salle de bain					
	Circulation intérieure verticale					
	Circulation intérieure horizontale					
	Autre pièce					
Confort	Chauffage					
	Eau chaude					
	Gaz					
	Electricité					
	Autre élément repéré					

**Eléments de vétusté mettant en jeu la faisabilité technique des adaptations :** non oui  
*(Préciser)*

**Aménagements déjà réalisés :** non oui  
Si oui, date de réalisation des aménagements . . / . . / . . . .

Description des aménagements réalisés :

**Aménagements à envisager** non oui

*Les aménagements envisagés sous l'angle de l'accompagnement humain sont détaillés dans les volets 6 et 7*

**Déménagement à envisager** non oui *si oui* : Aménagement impossible non oui  
Aménagement jugé trop coûteux non oui

**ENVIRONNEMENTS POSANT DES PROBLEMES D'ACCESSIBILITE A LA PERSONNE :**

SERVICES CONCERNES :	Sans objet*	Accessibilité pour la personne			NATURE DE S DIFFICULTES RENCONTREES :
		oui	non	partielle	
Commerce					
Banque					
Poste					
Ecole, crèche, accueil périscolaire ...					
Autre service public de proximité					
Equipement culturel ou de loisir					
Transports en commun					
Autre (préciser)					

\* n'existe pas ou la personne n'en a pas besoin (exemple : banque pour les nourrissons, crèche pour les personnes sans enfant)

**Précisions concernant les transports en commun** (plusieurs réponses possibles)

- Utilise les transports en commun
- Utilise les transports en commun avec un accompagnateur
- N'utilise aucun transport en commun ou de substitution
- Autre (préciser)

**Précisions concernant le transport scolaire :** sans objet

- Utilise un transport sanitaire avec deux accompagnateurs
- Utilise un transport sanitaire avec un accompagnateur
- Est transporté dans un véhicule spécialement aménagé autre que le véhicule familial (préciser aménagements)

- Utilise un transport individuel ordinaire avec chauffeur
- Est accompagné avec le véhicule de la famille
- Utilise les transports scolaires collectifs de droit commun

Observations / besoins non couverts :

**VEHICULE PERSONNEL OU FAMILIAL**

- Utilise un véhicule personnel non oui
- Si oui passager conducteur
- Nécessité d'un aménagement de véhicule non oui
- Si véhicule déjà aménagé : date de l'aménagement . . / . . / . . . .
- Propriétaire du véhicule aménagé ou à aménager la personne handicapée autre (préciser identité et lien avec la personne handicapée)

Assurance : particularités, restrictions , surprimes : non oui (préciser)

Cas où la personne est ou veut être conducteur :

- Véhicule sans permis non oui
- Permis de conduire : non oui en cours
- Si permis : Durée de validité limitée non oui (préciser date de fin : ... / ... / .....

Mention d'un véhicule aménagé non oui (préciser les aménagements mentionnés)

Si en cours de formation : avis du délégué à la formation routière non oui (préciser)

## GUIDE D'EVALUATION VOLET PARCOURS DE FORMATION (VOLET 3A)

**JAMAIS SCOLARISE**

**NON SCOLARISE ACTUELLEMENT**

**ACTUELLEMENT SCOLARISE :**

Dans un seul établissement

Dans plusieurs établissements

**Etablissement d'enseignement**

dans l'établissement scolaire de référence

dans un établissement scolaire autre que l'établissement scolaire de référence

dans un établissement de l'enseignement supérieur

**Autre type d'établissement**

dans un établissement médico-social

dans un établissement sanitaire

autre (préciser)

Par correspondance (préciser l'organisme) : .....

A domicile : SAPAD : .....

autre modalité de scolarisation ou d'études à domicile : .....

Autres (préciser):.....

**Evaluation de la scolarité :**

Scolarité ordinaire : acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge

Scolarité avec des aménagements permettant les acquisitions

Scolarité avec des aménagements, qui ne permet cependant pas d'accéder aux acquisitions constatées pour la moyenne de classe d'âge

**Projet de scolarisation ou d'études supérieures**

L'élève ou l'étudiant :

possède un projet de scolarisation ou d'études supérieures qu'il mène de façon autonome

peut participer à l'élaboration de son projet

est en mesure de comprendre son projet mais ne peut y participer activement

n'est pas en mesure de comprendre véritablement ni de participer à l'élaboration de son projet

**Synthèse du point de vue des professionnels (notamment des membres de l'équipe de suivi de la scolarisation) :**

*( les facteurs de risques, les points forts, les points faibles, les perspectives de formation, l'orientation suggérée...)*

**préciser si l'orientation scolaire reste à définir dans le cadre du droit commun avant de finaliser le projet de scolarisation ou d'études supérieures**

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

**a) Parcours scolaire ou de l'enseignement supérieur**

Historique de la scolarité :  
sans objet

<i>Année ou groupe d'années</i>	<i>Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau de classe</i>	<i>Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau suivi</i>

Scolarité en cours :  
sans objet

<i>Année ou période de l'année</i>	<i>Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau de classe</i>	<i>Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau suivi</i>

\* : en demi-journées par semaine

**b) Evaluation des compétences scolaires en référence aux programmes nationaux et des connaissances universitaires**

Evaluation du niveau scolaire ou universitaire:  
sans objet

<i>Identification des évaluations</i>	<i>Domaine disciplinaire</i>	<i>Passation complète (oui /non)</i>	<i>Passation pour partie (préciser lesquelles)</i>	<i>Modalités de passation*</i>	<i>Résultats</i>

\* Modalités de passation des évaluations : 1= standardisées    2 = en autonomie avec temps supplémentaire    3 = Avec aide de l'adulte

Examens ou concours passés :  
sans objet

<i>Intitulé de l'examen ou concours</i>	<i>Date</i>	<i>Résultat</i>	<i>Aménagement d'examen : (si oui, précisez)</i>

**GUIDE D'EVALUATION  
VOLET PARCOURS PROFESSIONNEL (VOLET 3B)**

**BILAN DE SCOLARISATION ET/ OU FORMATION INITIALE**

*NB : La scolarité et la formation initiale **en cours**, y compris les aménagements des conditions d'examen, ne sont pas renseignés ici mais dans le volet 3 A.*

**Scolarité**

DERNIERE SCOLARITE SUIVIE (plusieurs réponses possibles)

- Jamais scolarisé
- Ecole maternelle
- Ecole élémentaire : classe ordinaire CLIS
- Scolarisé en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP...)
- Collège : classe ordinaire UPI
- Lycée : classe ordinaire UPI
- Enseignement technique ou professionnel court (*CAP, BEP ou équivalent*)
- Enseignement technique ou professionnel long (*brevet de technicien, bac pro...*)
- Université ou études supérieures (*y compris technique supérieur*)
- Non précisé

*Eventuelles précisions, en clair :*

DIPLOMES OBTENUS Non Oui (*Préciser*) :

Remarques : a déjà bénéficié d'aménagements des conditions d'examen sans objet non précisé Non Oui (*Préciser*)

NIVEAU DE FORMATION ACTUEL : I II III IV V Vbis VI

**Parcours de formation professionnelle et/ou stages** sans objet

*Ces précisions concernent le (a) dernier(ère) formation ou stage en date*

programmé(e) en cours menée à son terme interrompue

Intitulé et/ou contenu :

Date de début . . . / . . . / . . . . . Durée ..... Organisme .....

Lieu ..... France Etranger .....

Rémunération de cette formation : Non Oui

Formation qualifiante : Non Oui

Remarques :

**AUTRES INFORMATIONS CONCERNANT LE PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

Tableau des formations suivies

Date	Organisme	Intitulé ou objet de la formation	Qualifiant		Observation
			oui	non	
. . . / . . . / . . . ..					
. . . / . . . / . . . ..					
. . . / . . . / . . . ..					

**Autres éléments du parcours professionnel et acquis professionnels**

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

**Projet professionnel exprimé par la personne**

pas de projet professionnel exprimé par la personne  
 projet professionnel exprimé par la personne :      souhaite travailler  
    souhaite changer d'activité professionnelle  
    souhaite conserver son activité professionnelle  
    autre

Préciser :

**Situation par rapport au travail**

N'a jamais travaillé      ( *dans ce cas les questions suivantes sont sans objet, reprendre à la rubrique « chômage »*)  
 A déjà travaillé, mais ne travaille plus actuellement      ( *dans ce cas renseigner la dernière activité professionnelle, ainsi que, selon les cas, soit la rubrique « Interruption temporaire d'activité » soit la rubrique « Inactivité actuelle »*)  
 Travaille actuellement

**Activité professionnelle** ( *actuelle ou dernière activité*)

Salarié secteur privé  
 Salarié entreprise adaptée  
 Salarié secteur public  
 Travailleur indépendant  
 ESAT (ex CAT)

**Type de contrat** ( *de l'emploi actuel ou du dernier emploi*)

	Date de début	Date de fin	Observations
Apprentissage			
Stagiaire			
Contrat de travail aidé			
CDD			
CDI			
Intérim			
Autre (préciser)			
non précisé			

Quotité :      Temps plein      Temps partiel (*préciser*)

**Catégorie professionnelle**

Exploitant agricole      Artisan, chef d'entreprise      Cadre      Prof. Intermédiaire  
 Employé      Ouvrier      retraité      Autre sans activité      non précisé

**Employeur** ( *actuel ou dernier employeur*)

**Poste de travail** ( *caractéristiques de ce poste, ancienneté dans le poste...*)

Aménagement de poste déjà réalisé      sans objet      oui      non      non précisé

Aptitude au poste

Apte      Restrictions d'aptitude      Inapte

Date du dernier avis du médecin du travail : . . . / . . . / . . . . .

Préciser en clair :

**Perspective** (*si inapte ou restriction d'aptitude*)

Reclassement interne Aménagement des conditions de travail

Dans ces cas, intervention de la cellule maintien dans l'emploi : oui non à prévoir sans objet

Préciser :

Licenciement envisagé

Autre (préciser)

**Interruption temporaire d'activité** (sans rupture du contrat de travail ou sans interruption définitive de l'activité indépendante)

Congé maternité

Date prévue pour la reprise : . . . / . . . / . . . . .

Congé parental

Date prévue pour la reprise : . . . / . . . / . . . . .

 Arrêt maladie ou AT/MP

Date de l'arrêt : . . . / . . . / . . .

Date de la visite de pré-reprise : / /

 Congé longue maladie ou longue durée

Date de l'arrêt . . . / . . . / . . .

Date de la visite de pré-reprise : / /

Autre congé : Préciser :

**Inactivité actuelle**

Durée totale d'activité : .....

Durée totale d'inactivité : .....

Date de fin d'activité : . . . / . . . / . . . . .

Motif de l'arrêt :

Si Chômage :

Inscrit à l'ANPE non oui

Date inscription ANPE : . . . / . . . / . . . . .

n° identifiant .....

(Nb : les actions mises en œuvre seront précisées dans les volets 6 et 7)

**EVALUATION PROFESSIONNELLE****Bilan de compétence** Sans objet

Date des tests : . . . / . . . / . . . . .

Résultats

**Résultat des tests psychotechniques AFPA**

Sans objet

Date des tests : . . . / . . . / . . . . .

Résultats

## GUIDE D'ÉVALUATION VOLET MEDICAL (VOLET 4)

### PATHOLOGIE(S) A L'ORIGINE DU HANDICAP

**Pathologie principale à l'origine du handicap :**

Code CIM :

Maladie rare dépendant d'un centre de référence OUI NON (CF ORPHANET)

**Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap :**

Accident, date : / /

Accident vie privée IPP .....

Accident professionnel IPP .....

Liée à la naissance

Anomalie chromosomique

Malformation congénitale

Complication de la grossesse

Complication de l'accouchement

Maladie, année d'apparition :

Maladie professionnelle IPP .....

Origine génétique

Autre

Origine inconnue

**Date d'apparition du handicap :** / /

**Pathologies associées** (en lien avec le handicap) :

Code CIM :

### ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX

(pour les enfants : antécédents périnataux, âge de la mère à l'accouchement, procréation médicalement assistée, âge gestationnel, gemellité, multiparité, poids, taille, périmètre crânien à la naissance,...)

### HISTOIRE DE LA MALADIE

(Circonstance de survenue, bilan initial en cas de traumatisme, facteurs de gravité, évolution des troubles...)

### DESCRIPTION CLINIQUE

Taille :

Poids :

Indice de Masse Corporelle :

Main dominante (avant handicap) :

droit

gauche

ambidextre

**Vision** Acuité visuelle avec correction :

De loin : œil droit ..... œil gauche .....

De près : œil droit ..... œil gauche .....

Acuité visuelle sans correction :

De loin : œil droit ..... œil gauche .....

De près : œil droit ..... œil gauche .....

Restriction du champ visuel non oui (préciser)

**Périmètre de marche :** supérieur à 200 m

inférieur à 200m

**Audition** Perte de l'acuité auditive sans correction : oreille droite .....

oreille gauche .....

**Description clinique** (en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel, ainsi que le cas échéant les résultats d'examens paracliniques significatifs)

**Symptômes majorant les déficiences et incapacités** (*préciser : retentissement psychologique, asthénie, fatigabilité, lenteur, douleur, spasticité, amaigrissement, œdèmes, troubles du transit, nausées, prurit, toux ou expectoration ... préciser si ces symptômes sont dus au traitement*)

**Durée prévisible des limitations fonctionnelles**

- >1an
- <1an

*préciser :*

**Tendance évolutive** (*appréciation globale*)

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation
- Incapacité fluctuante
- Risque vital

**Si renouvellement, évolution depuis la précédente demande :**

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation

**RECAPITULATIF DES DEFICIENCES**

*(les plus importantes ou ayant un retentissement en terme de limitations d'activité - cf nomenclature)*

	Déficiences 1	Déficiences 2	Déficiences 3
Déficiences intellectuelles			
Déficiences du psychisme			
Déficiences auditives			
Déficiences du langage			
Déficiences visuelles			
Déficiences viscérales			
Déficiences motrices			
Autres déficiences			

**Déficiência principale :**

**PRISE EN CHARGE**

**Traitement régulier :**    non            oui            *Préciser la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance...*

**Prises en charges régulières :**    non            oui            *Préciser la nature, la fréquence...*

- Consultations médicales régulières spécialisées ou non (*préciser*)
- Hospitalisations itératives ou programmées (*préciser*)
- Kinésithérapeute
- Infirmier
- Orthophoniste
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Autre (*préciser*)

**Autres soins réguliers :** non oui *Préciser les soins concernés*

**Nécessité d'assurer une prévention :** non oui

*Si oui préciser les actes auto prévention prévention réalisée par un tiers fréquence*

- Cutanée .....
- Urinaire et intestinale .....
- Pulmonaire .....
- Circulatoire .....
- Orthopédique .....
- Thermique .....
- Autre .....

*précisions :*

**CONTRAINTES**

**Existence de soins ou de traitements nocturnes :** non oui *si oui préciser la nature et la fréquence*

**Autres contraintes liées aux traitements ou aux soins :** non oui

*Préciser*

- Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance
- Temps consacré aux soins
- Horaires
- Voies d'administration
- Apprentissage de technique
- Assistance d'un tiers
- Charge affective
- Autres

**Présence d'un appareillage :** non oui

*Précisions sur l'appareillage, son adaptation, sa tolérance, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser*

- Petit appareillage (*préciser*)
- Grand appareillage (*préciser*)
- 1 canne
- 2 cannes, déambulateur
- Fauteuil roulant
- Appareil auditif
- Stomie urinaire
- Sonde urinaire
- Stomie digestive
- Alimentation par gastro ou jéjunostomie
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (*préciser*)
- Dépendance à une autre machine (*préciser*)
- Autres appareillages (*préciser*)

**Contraintes alimentaires :** non oui

*Préciser : régime, alimentation adaptée...*

**Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes :** non oui *Préciser*

- Froid Chaleur Intempéries Humidité
- Poussières Agents chimiques Agents infectieux
- Stress Bruit Luminosité Foule
- Autres (*préciser*)

**Autres contraintes :**    non    oui    *Préciser*

**READAPTATION FONCTIONNELLE**    SANS OBJET

Réalisée    En cours    Préconisée

**AUTRES QUESTIONS**

**Conduite addictive :** Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (*préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...*)

consommation    abus    intoxication

**GUIDE D'EVALUATION  
VOLET PSYCHOLOGIQUE (VOLET 5)**

*Si un bilan psychologique ou neuropsychologique, un bilan mémoire a été réalisé, préciser :*

**TESTS**

non      oui (*préciser les tests et les résultats*)

Test et sa version	Date de passation	Résultats chiffrés et interprétations

**ANALYSE PSYCHO-CLINIQUE DE LA SITUATION**

## GUIDE D'EVALUATION

### VOLET ACTIVITES, CAPACITES FONCTIONNELLES (VOLET 6)

Pour les activités citées ci-dessous, permettant l'appréciation de l'éligibilité à la prestation de compensation en général et à l'élément d'aide humaine en particulier (selon l'annexe 2-5 du CASF), la capacité fonctionnelle (*Appréciation des capacités fonctionnelles de la personne en dehors de toute assistance humaine ou matérielle, et selon les capacités attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé*) est également cotée selon les modalités suivantes, en référence à la CIF :

- "0" : Pas de difficulté
- "1" : Difficulté légère
- "2" : Difficulté modérée
- "3" : Difficulté grave
- "4" : Difficulté absolue
- "9" : Sans objet

\* les capacités marquées d'un astérisque sont utilisées pour l'éligibilité à l'élément "aide humaine" de la prestation de compensation

Chaque domaine fait l'objet d'une **cotation globale des éventuelles difficultés** rencontrées par la personne selon les modalités suivantes :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

Pour les domaines ayant été cotés "oui", chaque activité principale et, le cas échéant en fonction des besoins, les activités secondaires, font l'objet d'une cotation

- **De la réalisation effective** (*Appréciation des difficultés rencontrées, par la personne, lorsqu'elle réalise effectivement une activité, en situation réelle de vie, et selon les réalisations attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé*) selon les modalités suivantes
  - "A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
  - "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
  - "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
  - "D" : Activité non réalisée
- **De l'environnement** influant sur la réalisation effective de cette activité selon qu'il est "**facilitateur**" ou "**obstacle**" (*en indiquant par une coche les aides et soutiens (aide humaine, aide technique, etc.) dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation (facilitateurs) ainsi que les facteurs environnementaux qui actuellement contribuent aux difficultés de la personne dans la réalisation effective des différentes activités (obstacles)*) selon les modalités suivantes :
  - "H" : Environnement humain
  - "T" : Environnement Technique
  - "L" : Logement
  - "S" : Services
  - "A" : Environnement animal

Pour tous les domaines et toutes les activités, il convient de préciser :

- lorsque l'environnement humain est facilitateur et s'il y a lieu : le temps quotidien d'aide effective constatée
- lorsque l'environnement technique est facilitateur : le Code ISO 9999 ou LPP s'il y a lieu (s'il s'agit d'une aide technique référencée)



**Pour le domaine "Tâches et exigences générales, relation avec autrui"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
<b>Pour l'environnement humain</b>						
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	<b>Prise en charge sanitaire</b>		Hospitalisation complète HAD hospitalisation à temps partiel suivi ambulatoire accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>		Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil	Quotité (1/2 journée / semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>		SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP CMPP BAPU Autre accueil médico-social : préciser	Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
	<b>Autres aides salariées</b>		Service prestataire (service à la personne agréé) Service mandataire Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
Autres aides	Fréquentation d'un groupe d'entraide mutuelle Autre activité (préciser) :			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait		

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

	Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	Hébergement au domicile d'un membre de la famille Hébergement de nuit en structure médico-sociale Hébergement de nuit en établissement sanitaire Aménagement de logement (voir volet 2) Logement supervisé		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Pour l'environnement animal				
	Aide animalière	Chien d'assistance		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

**MOBILITE, MANIPULATION**

Difficulté :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

capacité							réalisation effective				facilitateurs					obstacles					Observations		
0	1	2	3	4	9		A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A			
							<b>2.1 Se mettre debout</b>																
							2.1.1 - Se coucher																
							2.1.2- S'asseoir																
							<b>2.2 Faire ses transferts</b>																
							2.3 Changer de point d'appui																
							2.4 Rester assis																
							2.5 Rester debout																
							<b>2.6 – Marcher</b>																
							<b>2.7 - Se déplacer dans le logement*, à l'extérieur</b>																
							2.7.1 - Se déplacer dans le logement																
							2.7.2 - Se déplacer à l'extérieur																
							2.7.2.1 - Se déplacer en terrain varié																
							2.7.2.2 - Se déplacer en terrain accidenté																
							2.7.2.3 - Se déplacer sur un terrain en pente																
							2.8 - Utiliser des escaliers																
							2.9 - Utiliser les transports en commun																
							2.10 - Utiliser un véhicule particulier																
							2.11 -Conduire un véhicule																
							<b>2.12 - Utiliser la préhension de la main dominante</b>																
							<b>2.13 - Utiliser la préhension de la main non dominante</b>																
							<b>2.14 - Avoir des activités de motricité fine</b>																
							2.15 - Avoir une coordination bi manuelle																
							2.16 - Soulever et porter des objets (y compris en se déplaçant)																

\* les capacités marquées d'une astérisque sont utilisées pour l'éligibilité à l'élément "aide humaine" de la prestation de compensation

**Pour le domaine "Mobilité, manipulation"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
Aide de professionnels	<b>Prise en charge sanitaire</b>	Hospitalisation complète HAD Hospitalisation à temps partiel Suivi ambulatoire Autre (préciser)		Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>	Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil Autre accueil médico-social : préciser	Quotité (1/2 journée / semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>	SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP Autre accompagnement médico-social : préciser		Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres aides salariées</b>	Service prestataire (service à la personne agréé) Service mandataire Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Autres aides (préciser) :				Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour le logement			
Conditions de logement adaptées	Hébergement au domicile d'un membre de la famille Hébergement de nuit en structure médico-sociale Hébergement de nuit en établissement sanitaire Aménagement de logement (à préciser activité par activité) Logement supervisé		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Pour l'environnement animal			
Aide animalière	Chien d'assistance		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Et pour les activités suivantes, activité par activité, les modalités d'aide ci-dessous :

- 2.8 - Utiliser les transports en commun :
  - Utilise les transports en commun, avec un accompagnateur
  - Utilise les transports de substitution
  - Utilise un transport avec surcoûts (préciser)
  - Autre (préciser)
- 2.9 - Utiliser un véhicule particulier :
  - Avec aménagement du véhicule familial ou personnel
  - Avec aide humaine pour accéder au véhicule familial ou personnel
- 2.10 - Conduire un véhicule
  - avec aménagement du poste de conduite mentionné sur le permis de conduire
  - avec aménagement pour l'accès au véhicule

Ainsi que pour cette activité l'obstacle « restrictions portées au permis de conduire »



**Pour le domaine "Entretien personnel"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour l'environnement humain			
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)
			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Aide de professionnels	<b>Prise en charge sanitaire</b>	Hospitalisation complète	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)
		HAD Hospitalisation à temps partiel Suivi ambulatoire Accueil familial thérapeutique	
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>	Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil Autre accueil médico-social : préciser
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>	SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP SSIAD SAAD SPASAD Autre accompagnement médico-social : préciser	Fréquence (interventions par semaine)
			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	<b>Autres aides salariées</b>	Service prestataire (service à la personne agréé) Service mandataire Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Autres aides		Soins liés au handicap non pris en charge par ailleurs Autres (préciser)		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Pour le logement				
Conditions de logement adaptées		Hébergement au domicile d'un membre de la famille Hébergement de nuit en structure médico-sociale Hébergement de nuit en établissement sanitaire Aménagement de logement (à préciser activité par activité) Autre logement adapté : préciser		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

**COMMUNICATION**

Difficulté :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

capacité							réalisation effective				facilitateurs					obstacles					Observations
0	1	2	3	4	9		A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
						<b>4.1 - Parler</b>															
						<b>4.2 - Entendre (percevoir les sons et comprendre)</b>															
						4.2.1 – Entendre des sons															
						4.2.2 – Comprendre la parole en face à face															
						4.2.3 – Comprendre la parole dans un groupe															
						<b>4.3 - Voir (distinguer et identifier)</b>															
						<b>4.4 - Utiliser des appareils et techniques de communication</b>															
						4.5 - Comprendre une phrase simple															
						4.6 - Mener une conversation															
						4.7 - Produire et recevoir des messages non verbaux															

**Pour le domaine, "Communication",** les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
Aide de professionnels	<b>Prise en charge sanitaire</b>	Hospitalisation complète Hospitalisation à temps partiel Suivi ambulatoire Accueil familial thérapeutique		Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>	Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil Autre accueil médico-social : préciser	Quotité (1/2 journée / semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>	SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP Autre accompagnement médico-social : préciser		Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres aides salariées</b>	Service prestataire Service mandataire Service spécialisé d'interprète Emploi direct (y compris l'entourage) Codeur en LPC Traducteur en LSF Secrétaire		Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Autres aides (préciser) :				Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

	Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	Hébergement au domicile d'un membre de la famille Hébergement de nuit en structure médico-sociale Aménagement de logement à préciser activité par activité Logement supervisé		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Pour l'environnement animal				
	Aide animalière	Chien d'assistance		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

**VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE**

Difficulté :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	<i>réalisation effective</i>				<i>facilitateurs</i>					<i>obstacles</i>					<b>Observations</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>H</b>	<b>T</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>T</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	
5.1 - Faire ses courses															
5.2 - Préparer un repas simple															
5.3 - Faire son ménage															
5.4 - Entretenir son linge et ses vêtements															
5.5 - S'occuper de sa famille															
5.6 - Gérer son budget, faire les démarches administratives															
5.6.1 - Gérer son argent au quotidien															
5.6.2 - Gérer son compte bancaire															
5.6.3 - Faire des démarches administratives															
5.7 - Vivre seul dans un logement indépendant															
5.8 - Avoir des relations informelles de voisinage															
5.9 - Participer à la vie communautaire, sociale et civique															
5.9.1 - Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir															
5.9.2 - Exprimer une demande liée à ses droits															
5.9.3 - Participer à la vie locale															
5.10 - Partir en vacances															

**Pour le domaine "Vie domestique et vie courante"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour l'environnement humain				
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Aide de professionnels	<b>Prise en charge sanitaire</b>		Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>	Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil Autre accueil médico-social : préciser	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>		Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres aides salariées</b>		Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Autres aides	Protection juridique (préciser) Portage des repas Loisir spécialisé avec surcoûts (préciser)			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

	Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	Hébergement au domicile d'un membre de la famille Hébergement de nuit en structure médico-sociale Hébergement de nuit en établissement sanitaire Aménagement de logement (à préciser activité par activité) Logement supervisé		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

**APPLICATION DES CONNAISSANCES, APPRENTISSAGE**

Difficulté :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	<i>réalisation effective</i>				<i>facilitateurs</i>					<i>obstacles</i>					<b>Observations</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>H</b>	<b>T</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>T</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	
6.1 - Lire															
6.2 - Ecrire															
6.3 - Calculer															
6.4 - Acquérir un savoir-faire															
6.5 - Appliquer un savoir-faire															

**Pour le domaine "Application des connaissances, apprentissage"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour l'environnement humain				
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	Hospitalisation complète HAD Hospitalisation à temps partiel Suivi ambulatoire	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	Pour enfant Pour adulte Pour personne âgée	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil CRP - CPO UEROS autre accueil médico-social : préciser
	Accompagnement par un service médico-social		SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP CMPP BAPU autre accompagnement médico-social : préciser	Fréquence (interventions par semaine)
		Autres aides salariées	Service prestataire (service à la personne agréé) Service mandataire Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)
Autres aides	Fréquentation d'un organisme de formation spécialisé Aménagement des conditions de formation professionnelle (préciser) Autre (préciser) :			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

**TACHES ET EXIGENCES EN RELATION AVEC LA SCOLARITE ET LA FORMATION INITIALE**

Difficulté :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective				facilitateurs					obstacles					Observations
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
7.1 – Apprendre à lire															
7.2 – Apprendre à écrire															
7.3 – Apprendre à calculer															
7.4 – Apprendre des techniques de communication															
7.5 – apprendre les règles sociales de base															
7.6 - Respecter des règles de base															
7.6.1 - Etre ponctuel															
7.6.2 - Etre assidu															
7.6.3 - Organiser son travail															
7.6.4 - Contrôler son travail															
7.6.5 - Accepter des consignes															
7.6.6 - Suivre des consignes															
7.6.7 - S'adapter à la vie scolaire															
7.6.8 – Travailler en équipe															
7.6.9 - Respecter les règles scolaires															
7.7 - S'installer dans la classe															
7.8 - Utiliser des supports pédagogiques															
7.9 - Utiliser du matériel adapté à son handicap															
7.10 - Prendre des notes															
7.11 - s'adapter aux conditions d'examen et de contrôle															
7.12 - Participer à des sorties extra scolaires															
7.13 - Autre (préciser)															

**Pour le domaine "Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité		Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain						
Aide de l'entourage	Conjoint Enfant Parent Autre (préciser)	Frère/sœur Autre parent Ami, voisin	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	<b>Scolarisation dans une unité d'enseignement dans un établissement sanitaire</b>		Hospitalisation complète HAD Hospitalisation à temps partiel Suivi ambulatoire Accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	
	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b>		Pour enfant Pour adulte	Accueil de jour Accueil temporaire	Quotité (1/2 journée / semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>		SAMSAH SAVS SESSAD (préciser type) CAMSP CMPP BAPU Autre accompagnement médico-social : préciser		Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres accompagnements spécialisés</b>		AVS i AVS co Codeur en LPC Traducteur en LSF Secrétaire, prise de notes RASED Service d'enseignement à distance Service d'enseignement à domicile			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres aides salariées</b>		Service prestataire d'aide aux devoirs Service mandataire d'aide aux devoirs Emploi direct d'aide aux devoirs		Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour l'environnement technique			
Matériel pédagogique adapté	Matériel déficience auditive		Très satisfait
	Matériel déficience visuelle		Satisfait
	Matériel informatique et audiovisuel standard		Peu satisfait
	Mobilier et petits matériels		Pas du tout satisfait
Autres aides			
Aménagement des conditions de scolarité			Très satisfait
			Satisfait
Aménagement des conditions d'examen			Peu satisfait
			Pas du tout satisfait
	Aménagements des examens ou concours de l'enseignement scolaire ou supérieur		Très satisfait
	Aménagements des examens ou concours hors enseignement scolaire ou supérieur		Satisfait
			Peu satisfait
			Pas du tout satisfait

**TACHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL**

Difficulté :

- "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
- "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
- "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective				facilitateurs					obstacles					Observations	
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A		
8.1 Respecter des règles de base																
8.1.8 Etre ponctuel																
8.1.2 Etre assidu																
8.1.3 Respecter des relations hiérarchiques																
8.1.4 Participer à des réunions																
8.2 Organiser son travail (en rapport avec le poste de travail)																
8.3 Contrôler son travail																
8.4 Etre en contact avec le public																
8.5 Assurer l'encadrement																
8.6 Travailler en équipe																
8.7 Exercer des tâches physiques																
8.7.1 Soulever, déplacer des charges																
8.7.2 Travailler en flexion du tronc																
8.7.3 Travailler en attitudes variées																
8.7.4 Travailler accroupi																
8.7.5 Travailler en hauteur (escabeau, échelle, échafaudage..)																
8.7.6 Travailler à distance du sol (sur un pont, un toit, un balcon...)																
8.7.7 Travailler le mb. sup. dominant levé au dessus du niveau des épaules																
8.7.8 Travailler le mb. sup. non dominant levé au dessus du niveau des épaules																
8.7.9 Utiliser une commande avec les pieds																
8.8 Exercer des tâches dans des conditions particulières																
8.8.1 Voir les couleurs																
8.8.2 Percevoir le relief																
8.8.3 Travailler de nuit																
8.8.4 Assumer des modifications d'horaires																
8.8.5 Utiliser des outils et/ou machines dangereuses																
8.8.6 Travailler avec vibrations																
8.8.7 Travailler en milieu bruyant																
8.8.8 Travailler dans des contextes respiratoires particuliers																
8.8.9 Travailler avec risque cutané																
8.8.10 S'exposer aux intempéries, à une atmosphère exceptionnelle																
8.8.11 Autre (préciser)																

**Pour le domaine "tâches et exigences relatives au travail"**, les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain				
Aide de professionnels	<b>Accueil dans un établissement médico-social</b> Pour enfant Pour adulte	Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil CRP - CPO UEROS ESAT autre accueil médico-social : préciser	Quotité (1/2 journée / semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par un service médico-social</b>	SAMSAH SAVS autre accompagnement médico-social : préciser	Fréquence (interventions par semaine)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Accompagnement par autres dispositifs</b>	SAE SIFE CAP emploi Missions locales		Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
	<b>Autres aides</b>	Tutorat Autres (préciser)	Temps (quotidien)	Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait
Autres aides				
Aménagement du poste de travail			Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait	

## GUIDE D'EVALUATION VOLET AIDES MISES EN ŒUVRE (VOLET 7)

### INTERVENTIONS DE L'ENTOURAGE

 Sans objet

Nom des aidants			
Coordonnées (si différentes de la personne handicapée)			
Aidant principal ? oui / non			
Parent isolé (oui / non)			
Salarié par la personne handicapée (oui / non)			
Retraité (oui / non)			
Si l'aidant est dédommagé, ou si c'est le parent d'un jeune de moins de 20 ans a-t-il dû, pour aider la personne handicapée :			
Renoncer à travailler			
Arrêter de travailler			
Réduire son temps de travail			
<i>Si oui : préciser la quotité du temps partiel travaillé :</i>			
Besoins exprimés par les aidants			

**INTERVENTION DE PROFESSIONNELS** Sans objet

Nom des structures ou dispositifs			
Coordonnées <i>(si différentes de la personne handicapée)</i>			
Professionnel référent			
Date d'admission			
Projet de sortie ou de fin de prise en charge (oui / non)			
Délais			

**RECAPITULATIF DES AIDANTS PROFESSIONNELS INTERVENANT REGULIEREMENT**

Aide à domicile  
 Auxiliaire de vie  
 Aide médico-psychologique  
 Infirmier  
 Kinésithérapeute  
 Ergothérapeute  
 Psychomotricien  
 Orthophoniste  
 Psychologue  
 Educateur  
 Assistant de service social  
 Conseiller en éducation sociale et familiale  
 Autre (préciser)

**PRECISIONS SUR L'ARTICULATION ENTRE LES AIDANTS PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS****FAMILIAUX :** *(et les conditions de sa mise en œuvre : aide aux aidants...)* Sans objet**PRECISION SUR LES LITIGES EN COURS CONCERNANT LES AIDES MISES EN ŒUVRE**

Existence d'un litige en cours concernant des aides mises en œuvre ou à mettre en œuvre (en lien avec le handicap, concernant par exemple l'assurance maladie, l'employeur, une assurance...) :    oui    non

Préciser :



**Tableau 2 : Les professionnels qui concourent au projet de scolarisation ou d'études supérieures en cours** Sans objet

	<i>nom</i>	<i>tâche</i>	<i>Temps total d'intervention hebdomadaire</i>	Remarques
Responsable de l'établissement				
Coordinateur du projet de scolarisation / études				
Enseignant référent				
Enseignant complémentaire				
Médecin scolaire / PMI / universitaire				
Psychologue scolaire ou Conseiller d'orientation psychologue ou autre psychologue ...				
RASED				
Assistante sociale				
Accompagnement individuel (AVSi / AVU, codeur LPC, interprète LSF tutorat, prise de note etc...)				
Ergothérapeute				
Infirmière				
Autre (préciser)				

NB : les services et structures médico-sociaux sont renseignés dans le volet 6 et au début du volet 7

**Tableau 3 : Emploi du temps hebdomadaire type :**

sans objet

	<i>lundi</i>	<i>mardi</i>	<i>mercredi</i>	<i>jeudi</i>	<i>vendredi</i>	<i>samedi</i>	<i>dimanche</i>
Avant 8h00							
Matinée							
Déjeuner							
Après midi							
Dîner							
Soirée							
Nuit							

## **GUIDE D'EVALUATION SYNTHESE DE L'EVALUATION (VOLET 8)**

### **Points saillants à porter à la connaissance de la CDAPH**

Relatifs au projet de vie exprimé par la personne (aspirations, besoins, souhaits) et à son évolution éventuelle au cours du processus d'évaluation

Relatifs à sa situation familiale

Relatifs à sa situation sociale

Relatifs à son autonomie

Relatifs, le cas échéant, à sa situation scolaire ou de formation initiale

Relatifs, le cas échéant, à sa situation professionnelle ou sa formation continue

### **Echanges avec la personne handicapée à propos de l'évaluation**

