

## FORMULAIRE 7

### Demande d'intervention pour un accueil en centre de jour et/ou en centre d'hébergement

#### PARTIE 2 – Volet B – Données psycho-médico-sociales

Ce volet B doit être complété et signé par un service extérieur au centre qui accueille la personne.

Il doit être envoyé au centre qui accueille la personne. Ce centre l'enverra au Service PHARE, au plus tard dans les 3 mois qui suivent la date de l'entrée de la personne dans ce centre.

#### 1. Coordonnées de la personne

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

N° national :       -

N° de dossier au Service PHARE : ..... AWIPH : ..... VAPH : .....

#### 2. Indiquez la (les) catégorie(s) de handicap qui correspond(ent) à la situation de la personne

| Handicap Principal (1) | Handicap(s) associé(s) (2) | Code | Libellé  |
|------------------------|----------------------------|------|--|
|                        |                            | 010  | Troubles moteurs   |
|                        |                            | 020  | Paralysie cérébrale - IMC  |
|                        |                            | 030  | Troubles respiratoires   |
|                        |                            | 040  | Malformations cardiaques   |
|                        |                            | 060  | Poliomyélite   |
|                        |                            | 071  | Aveugles/troubles graves de la vue   |
|                        |                            | 072  | Sourds/malentendants/troubles graves de la parole/troubles graves de l'ouïe                                    |
|                        |                            | 080  | Sclérose en plaques  |
|                        |                            | 090  | Spina-bifida ou myopathie ou neuropathie   |
|                        |                            | 100  | Epilepsie non stabilisée   |
|                        |                            | 111  | Déficiência mentale légère   |
|                        |                            | 112  | Déficiência mentale modérée  |
|                        |                            | 113  | Déficiência mentale sévère   |
|                        |                            | 114  | Déficiência mentale profonde   |
|                        |                            | 120  | Malformations du squelette ou des membres  |
|                        |                            | 140  | Troubles caractériels, présentant un état névrotique ou prépsychotique et nécessitant une éducation appropriée |
|                        |                            | 150  | Affection chronique non contagieuse  |
|                        |                            | 160  | Autisme  |
|                        |                            | 170  | Lésion cérébrale congénitale ou acquise  |

(1) Cochez une case

(2) Vous pouvez cocher plusieurs cases

**Indiquez en outre, la présence de troubles du comportement :**

OUI       NON      Si oui, précisez :

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

**Indiquez si la personne est usagère de :**

voiturette manuelle       voiturette électrique       béquille       autre :

Commentaires : .....  
 .....

**Indiquez si la personne souffre d'incontinence :**

diurne      non        occasionnellement      oui   
 nocturne      non        occasionnellement      oui

**3. Pour les adultes uniquement, précisez si la personne présente une ou plusieurs des catégories suivantes :**

| Caractéristiques   | Cochez une ou plusieurs cases si nécessaire |
|--|---|
| Être grabataire (personne alitée de façon permanente ou en chaise roulante avec coquille)  | <input type="checkbox"/>                    |
| Nécessiter la présence continue et active d'une tierce personne (vigilance, surveillance telle que le personnel encadrant puisse intervenir à tout moment)   | <input type="checkbox"/>                    |
| Souffrir d'incontinence nocturne et diurne   | <input type="checkbox"/>                    |
| Présenter des troubles graves du comportement (mise en danger physique ou psychologique de soi-même et/ou d'autrui)  | <input type="checkbox"/>                    |
| Nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se nourrir (gastrostomie, problème de déglutition ou incapacité à porter les aliments à sa bouche)  | <input type="checkbox"/>                    |
| Nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne (nécessiter une assistance active d'une tierce personne)   | <input type="checkbox"/>                    |
| Nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se mouvoir en raison de troubles moteurs entraînant une absence d'autonomie motrice même lorsque la personne est appareillée (personne ne pouvant utiliser seule sa chaise roulante ou personne ne pouvant se déplacer seule à l'extérieur) | <input type="checkbox"/>                    |
| Être atteint d'une épilepsie non stabilisée  | <input type="checkbox"/>                    |
| Nécessiter une surveillance médicale en raison d'une affection somatique chronique grave (cardiopathie, pneumopathie, néphropathie, déficit immunitaire, trouble grave et chronique d'absorption digestive)  | <input type="checkbox"/>                    |



**4. Pour les enfants et les adultes, définissez le besoin d'intensité de soutien dans les activités de la vie quotidienne :**

| Tenir compte de l'âge de la personne (adulte ou enfant). | Autonome (1) | Soutien modéré (2) | Soutien important (3) |
|--|--------------|--------------------|-----------------------|
| Se laver   |              |                    |                       |
| S'habiller   |              |                    |                       |
| Aller aux toilettes                                      |              |                    |                       |
| Prendre ses repas  |              |                    |                       |
| Gérer son argent de poche                                |              |                    |                       |
| Choisir ses activités                                    |              |                    |                       |
| Se déplacer  |              |                    |                       |
| Autres :   |              |                    |                       |
|  |              |                    |                       |
|  |              |                    |                       |

**Note explicative :**

**(1) Autonome :** c'est-à-dire apte à accomplir un acte sans que des adaptations soient nécessaires.

**(2) Soutien modéré :** c'est-à-dire accompagner, faire avec lui.

**(3) Soutien important :** c'est-à-dire faire à sa place.

**5. Pour les enfants et les adultes, identifiez le niveau de développement :**

| Commentez vos réponses : à la page suivante pour détailler les difficultés                   | Pas de difficultés (1) | Difficultés modérées (2) | Difficultés importantes (3) |
|--|------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Relations sociales (respect des règles, gestion des émotions,...)                            |                        |                          |                             |
| Communication expressive (langage, utilisation de pictogrammes, moyens de communication,...) |                        |                          |                             |
| Raisonnement (compréhension des situations sociales)   |                        |                          |                             |
| Fonctionnement cognitif (mémoire, attention, concentration,...)                              |                        |                          |                             |
| Autres :   |                        |                          |                             |
|  |                        |                          |                             |

**Détaillez ici les difficultés rencontrées par la personne et indiquées aux rubriques 3, 4 et 5 des pages précédentes :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Synthèse des observations :**

**6.1. Situation de la personne :**

Décrivez les difficultés que la personne rencontre, c'est-à-dire les conséquences de ses incapacités et déficiences dans sa vie courante :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6.2. Besoins à rencontrer :**

Quels besoins devront être satisfaits par le centre qui accueille ou héberge ?  
Ceux-ci peuvent se situer dans un cadre plus général que celui rencontré par les interventions  
du Service PHARE.

.....

.....

.....

.....

.....

**6.3. L'orientation actuelle vous semble-t-elle judicieuse ? Motivez :**

.....

.....

.....

.....

.....

**6.4. Identifiez les points d'attention particuliers par rapport à cette situation (prise en charge, projets individuels, situation familiale,...) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**6.5. Type(s) de centre(s) conseillé(s) : cochez**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre de jour pour enfants non scolarisés (CJENS) | <input type="checkbox"/> Centre de jour pour adulte (CJA)       |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour pour enfants scolarisés (CJES)      |   |
| <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement pour enfants (CHES)           | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement pour adulte (CHA) |

**7. Date et signatures : deux intervenants au minimum - soit médecin, soit psychologue, soit assistant social.**

Les signataires autorisent le Service PHARE à communiquer, lorsque les circonstances l'exigent, les données du présent formulaire aux équipes pluridisciplinaires des services prestataires compétents moyennant le consentement préalable de la personne.

**Psychologue,**
**Médecin,**
**Assistant social,**
**date :**
**date :**
**date :**
**Veillez indiquer vos coordonnées**

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....

Service : ..... Service : ..... Service : .....

Adresse : ..... Adresse : ..... Adresse : .....

.....

Tél : ..... Tél : ..... Tél : .....

Courriel : ..... Courriel : ..... Courriel : .....

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.