



Etablissement **Public Médico-Social**

PRESENTATION DU CANDIDAT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

NOM & Prénom :

DATE et LIEU de Naissance :

ADRESSE :

.....

I - AUTONOMIE

HABILLEMENT

S'habille-t-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON
Se déshabille-t-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON
Se chausse-t-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

REPAS

Mange-t-il seul(e) ?	OUI	NON
Coupe-t-il (elle) seul(e) sa viande ?	OUI	NON
Boit-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON
Possède-t-il (elle) un appareil dentaire ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

MOBILITE - DEPLACEMENT

Marche-t-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON
Se déplace-t-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON
Se déplace-t-il (elle) :		
Avec un fauteuil roulant ?	OUI	NON
Avec une canne ?	OUI	NON
A-t-il (elle) besoin d'aide ?	OUI	NON
Laquelle ?		
Descend-il (elle) les escaliers seul (e) ?	OUI	NON
S'assied-il (elle) seul(e) ?	OUI	NON

REPERES SPATIO-TEMPORELS

Se repère t-il (elle)

Dans l'espace habitat ?	OUI	NON
À l'extérieur de l'établissement ?	OUI	NON
Dans le temps ?	OUI	NON
A la journée ?	OUI	NON
A la semaine ?	OUI	NON
A l'année ?	OUI	NON

VISION

Normale sans lunettes ?	OUI	NON
Avec lunettes ?	OUI	NON
vision affaiblie ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

TOILETTE

Est-il (elle) propre de jour ?	OUI	NON
Est-il (elle) propre de nuit ?	OUI	NON

Va-t-il (elle) au W.C seul(e) ?	OUI	NON
Demande-t-il (elle) à aller au W.C ?	OUI	NON
Fait-il (elle) sa toilette seul(e) ?	OUI	NON
A-t-il besoin d'aide pour sa toilette ?	OUI	NON
Simple surveillance?	OUI	NON
Préfère-t-il (elle) le bain ?	OUI	NON
La douche ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

II - COMMUNICATION - EXPRESSION

LANGAGE

Parle-t-il (elle) en faisant des phrases ?	OUI	NON
Dit-il (elle) quelques mots ?	OUI	NON
Est-il (elle) difficile à comprendre ?	OUI	NON
Comprend-t-il (elle) des consignes simples ?	OUI	NON
Arrive-t-il (elle) à se faire comprendre ?	OUI	NON
Comment ?		

OUIE

Entend-t-il (elle) normalement ?	OUI	NON
Demande-t-il (elle) à ce que l'on parle fort ?	OUI	NON
Porte-t-il (elle) une prothèse auditive ?	OUI	NON

LECTURE

Sait-il (elle) lire ?	OUI	NON
Peu ?	OUI	NON
Aime-t-il (elle) lire ?	OUI	NON
Aime-t-il regarder les images ?	OUI	NON

ECRITURE

Sait-il (elle) écrire ?	OUI	NON
Peu ?	OUI	NON
Est capable de recopier ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

ACTIVITES DE LOISIRS

A-t-il (elle) l'habitude de sortir ?	OUI	NON
Sort-il seul(e)	OUI	NON
Quels sont ces centres d'intérêts?	_____	

ACTIVITES MANUELLES

A quoi s'intéresse-t-il (elle) ?

A-t-il (elle) des activités manuelles ?	OUI	NON
Lesquelles ?		
Reste-t-il (elle) longtemps ?	OUI	NON

Observations particulières : _____

III - TRAITS CARACTERISTIQUES DE SA PERSONNALITE

Aime-t-il (elle) s'isoler ?	OUI	NON
Est-il (elle) actif (ve) ?	OUI	NON
Est-il (elle) opposant(e) ?	OUI	NON
Si oui, dans quelles circonstances ?		

Est-il (elle) émotif (ve) ?	OUI	NON
Pleure-t-il (elle) souvent ?	OUI	NON
Fait-il des (fugues) ?	OUI	NON
Si oui, dans quelles circonstances		

Est-il (elle) d'humeur joyeuse ?	OUI	NON
----------------------------------	-----	-----

Observations particulières : _____

IV - ASPECT RELATIONNEL

Quel est son comportement vis-à-vis de sa famille ? De son entourage ?

Son comportement sexuel pose-t-il des problèmes ?

Lesquels ?

Observations particulières : _____

V - EN CE MOMENT

Dort-il (elle) bien ?
A-t-il (elle) bon appétit ?
A-t-il (elle) un régime alimentaire ?
(Voir dossier médical joint)

VI - OBSERVATIONS AUTRES QUE VOUS VOULEZ SIGNALER

Dossier établi le :

N.B. : *Ce dossier est à déposer au Foyer de vie avant la visite.*

En cas de difficulté pour compléter ce document, n'hésitez pas à nous contacter.