

Document de transmission d'informations à la MDPH par l'entourage familial, amical ou associatif de la personne

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Ce document facultatif est destiné à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui évalue la situation de la personne. Ces informations permettront de mieux comprendre les difficultés dans sa vie quotidienne. Elles viennent en complément des données transmises dans le formulaire de demande et le certificat médical. Il est recommandé de conserver une copie de ce document. Remplissez les parties pour lesquelles vous avez des informations.

Informations concernant la personne en situation de handicap

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

Que pouvez-vous dire de ce que fait la personne que vous aidez ?

Comment remplir ce tableau ? Ce tableau permet de décrire comment la personne aidée réalise ces activités dans sa vie quotidienne. Nous vous conseillons vivement d'avoir avec vous le « guide d'aide au remplissage » pour bien remplir ce document.

A = sans difficulté = fait sans difficulté et sans l'aide de quelqu'un

B = avec difficulté = fait avec difficulté ou une aide matérielle mais sans l'aide de quelqu'un

C = avec l'aide de quelqu'un = fait avec l'aide de quelqu'un qui fait tout ou partie de l'activité à sa place ou l'incite à faire l'activité

D = ne fait pas

E = pas d'avis donné = je ne peux pas ou je ne veux pas répondre

Quelles sont les activités concernées ?	A Sans difficulté	B Avec difficulté	C Avec l'aide de quelqu'un	D Ne fait pas	E Pas d'avis donné	Notez ici les observations qui vous semblent utiles afin de mieux expliquer la situation (par exemple : une aide matérielle est-elle nécessaire ? ; la situation change-t-elle selon les jours ? ; la personne peut-elle faire seulement une partie de l'activité ? laquelle ? ; est-elle trop jeune pour certaines activités ? ; plusieurs personnes doivent-elles intervenir ? ...)
Activités concernant la mobilité (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Se mettre debout						
Faire ses transferts						
Se déplacer dans le logement						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser des escaliers (monter et descendre)						
Utiliser les transports en commun						
Conduire un véhicule						
Utiliser la préhension de la main dominante						
Utiliser la préhension de la main non dominante						
Avoir des activités de motricité fine (boutonner, lacer, ...)						
Autre :						
Autre :						
Activités concernant l'entretien personnel (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Se laver						
Prendre soin de son corps						
Assurer l'élimination, les soins intimes, utiliser les toilettes						
S'habiller / se déshabiller						
Prendre ses repas						

A = sans difficulté = fait sans difficulté et sans l'aide de quelqu'un
B = avec difficulté = fait avec difficulté ou une aide matérielle mais sans l'aide de quelqu'un
C = avec l'aide de quelqu'un = fait avec l'aide de quelqu'un qui fait tout ou partie de l'activité à sa place ou l'incite à faire l'activité
D = ne fait pas
E = pas d'avis donné = je ne peux pas ou je ne veux pas répondre

Quelles sont les activités concernées ?	A Sans difficulté	B Avec difficulté	C Avec l'aide de quelqu'un	D Ne fait pas	E Pas d'avis donné	Notez ici les observations qui vous semblent utiles afin de mieux expliquer la situation (par exemple : une aide matérielle est-elle nécessaire ? ; la situation change-t-elle selon les jours ? ; la personne peut-elle faire seulement une partie de l'activité ? laquelle ? ; est-elle trop jeune pour certaines activités ? ; plusieurs personnes doivent-elles intervenir ?...)
Activités concernant l'entretien personnel (suite) (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Prendre soin de sa santé						
Autre :						
Autre :						
Activités concernant la communication (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Parler						
Communiquer sans parler (par la LSF, par gestes, écrit ...)						
Mener une conversation						
Utiliser des appareils et techniques de communication						
Entendre						
Comprendre des messages simples (oral ou écrit)						
Comprendre des messages complexes (oral ou écrit)						
Voir						
Autre :						
Autre :						
Activités concernant les tâches ménagères et la vie courante (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Faire ses courses						
Préparer un repas simple						
Faire son ménage						
Entretenir son linge, ses vêtements						
Gérer son budget, faire les démarches administratives						
Vivre seul dans un logement indépendant						
Avoir des loisirs						
S'occuper de ses enfants						
Autre :						
Autre :						
Activités concernant les relations avec les autres et le monde extérieur (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
S'orienter dans le temps						
S'orienter dans l'espace						
Prendre des décisions						
Mémoriser						

A = sans difficulté = fait sans difficulté et sans l'aide de quelqu'un
B = avec difficulté = fait avec difficulté ou une aide matérielle mais sans l'aide de quelqu'un
C = avec l'aide de quelqu'un = fait avec l'aide de quelqu'un qui fait tout ou partie de l'activité à sa place ou l'incite à faire l'activité
D = ne fait pas
E = pas d'avis donné = je ne peux pas ou je ne veux pas répondre

Quelles sont les activités concernées ?	A Sans difficulté	B Avec difficulté	C Avec l'aide de quelqu'un	D Ne fait pas	E Pas d'avis donné	Notez ici les observations qui vous semblent utiles afin de mieux expliquer la situation (par exemple : une aide matérielle est-elle nécessaire ? ; la situation change-t-elle selon les jours ? ; la personne peut-elle faire seulement une partie de l'activité ? laquelle ? ; est-elle trop jeune pour certaines activités ? ; plusieurs personnes doivent-elles intervenir ? ...)
Activités concernant les relations avec les autres et le monde extérieur (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Prendre des initiatives						
Gérer sa sécurité						
Maîtriser son comportement dans ses relations avec les autres						
Avoir des relations affectives						
Avoir des relations sexuelles						
<i>Autre :</i>						
<i>Autre :</i>						
Activités concernant l'apprentissage et l'application des connaissances (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Lire						
Écrire						
Calculer						
Acquérir un savoir-faire						
Appliquer un savoir-faire						
<i>Autre :</i>						
<i>Autre :</i>						
Activités concernant la scolarité et la formation initiale (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Apprendre à lire						
Apprendre à écrire						
Apprendre à calculer						
Respecter des règles de base						
Utiliser des supports						
<i>Autre :</i>						
<i>Autre :</i>						
Activités concernant le travail (les définitions des activités sont dans le guide d'aide au remplissage)						
Respecter des règles de base						
Organiser son travail						
Assurer l'encadrement						
Travailler en équipe						
Exercer des tâches physiques						
<i>Autre :</i>						
<i>Autre :</i>						

Quelles aides régulières sont-elles déjà mises en place ? (si vous connaissez ces informations)

<input type="checkbox"/> Des interventions de l'entourage familial ou amical		
Qui intervient pour aider ?	Quelles sont les aides apportées, y compris la nuit ?	Quel est le temps estimé pour cette intervention ? (heures/jour ou /semaine)
<input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> parent <input type="radio"/> enfant (préciser l'âge : ans) <input type="radio"/> frère/sœur <input type="radio"/> grand parent : <input type="radio"/> ami ou voisin <input type="radio"/> autre (préciser) :		
<input type="checkbox"/> Des interventions d'un service ou d'un employé à domicile (en emploi direct ou en mandataire)		
Qui intervient pour aider ?	Quelles sont les aides apportées, y compris la nuit ?	Quel est le temps nécessaire pour cette intervention ? (heures/jour ou /semaine)
<input type="radio"/> service d'aide à domicile <input type="radio"/> personne salariée par la personne en situation de handicap <input type="checkbox"/> emploi direct <input type="checkbox"/> service mandataire <input type="radio"/> service médico-social <input type="checkbox"/> service médico-social enfant (préciser) : <input type="checkbox"/> service médico-social adulte (préciser) : <input type="radio"/> autre (préciser) :		
<input type="checkbox"/> Des interventions pour des soins à domicile		
Qui intervient pour aider ?	Pourquoi cette intervention ?	Quel est le temps nécessaire pour cette intervention ? (fois/semaine)
<input type="radio"/> soins infirmiers à domicile (infirmier libéral ou service de soins infirmiers à domicile) <input type="radio"/> hospitalisation à domicile (HAD) <input type="radio"/> autre (préciser) :		

Quels sont les facteurs liés à l'environnement qui peuvent aggraver la situation de handicap

(logement inadapté, isolement, difficultés financières, difficultés de compréhension du handicap par l'entourage familial, amical, professionnel, ...) ? :

.....

.....

.....

.....

Quels sont les facteurs personnels qui peuvent aggraver la situation de handicap (douleur, fatigue, raideur, addictions, effets secondaires du traitement, évolution de la pathologie, retentissement psychologique ...) ? :

.....

.....

.....

.....

Comment se déroule habituellement la semaine de la personne en situation de handicap ? (si vous connaissez ces informations)

Ce planning permet de montrer les conséquences du handicap dans la vie quotidienne de la personne que vous aidez en mettant en évidence les modifications d'organisation qui s'imposent. **Il sert à indiquer les activités réalisées et les accompagnements nécessaires.** Si la situation change selon les périodes, il est possible de compléter plusieurs fois ce planning en précisant la durée des périodes sur lesquelles ces organisations s'appliquent.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Lever							
Matin y compris petit-déjeuner							
Après-midi y compris déjeuner							
Soir y compris dîner et coucher							
Nuit							

Avez-vous des remarques ou observations complémentaires ?



Document rempli par :

Nom, Prénom	Lien avec la personne concernée	Téléphone ou mail
.....
.....
.....
.....
.....

Document complété le :/...../....., fait à :

Signature(s)

