

Relais
02.51.74.72.85

Le Fil de l'eau
55, avenue de Bodon
44250 St-Brévin-les-Pins
Tél. : 02.51.74.....

- Carrelet 72.67
- Crique 72.79
- Etang 72.73
- Estran 72.62

Le Bocage
7, rue des Cardères
44320 St-Père-en-Retz
Tél : 02 40 21 87 60
Fax : 02 51 74 52 39

Les Ormes
Impasse des Ormes
44320 St-Père-en-Retz
Tél. 02 51 74 04 23

La Boissière
70, avenue de Mindin
44250 St Brévin les Pins
Tél. 02 40 21 05 71

PRESENTATION DU CANDIDAT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

♦ Nom : ♦ Prénom :

♦ Age : ♦ Date de naissance : --- / --- / ---

♦ Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé vie maritale veuf (ve)

♦ Enfants : Oui Non

♦ Prise en charge actuelle :

Etablissement : lequel :

En internat En externat

Famille. Commune de résidence :

♦ Nature du handicap :

.....

.....

.....

♦ Domicile de secours :
*(Département au sein duquel
l'aide sociale a été demandée
pour la première fois)*

♦ Souhaits du résident par rapport à l'admission au sein de l'établissement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1/ Autonomie

1-1 Le repas

Mange-t-il (elle) seul (e) ? Oui Non
Consistance de la nourriture ? Normal Hachée Mixée
Coupe-t-il (elle) sa viande seule(e) ? Oui Non
Tendance à faire des fausses routes ? Oui Non
Boit-il (elle) seul(e) et suffisamment ? Oui Non
Bénéficie-t-il (elle) d'un régime ? Oui Non

Si oui lequel : -----
Est-il (elle) allergique à certains aliments ? Oui Non Si oui Lesquels ?

1-2 Habillement

S'habille-t-il (elle) seul(e) ? Oui Non
Si non quelle est l'aide nécessaire ?

1-3 Toilette

Se lave-t-il (elle) seul(e) ? Oui Non
Sinon quelle est l'aide nécessaire ? -----

1-4 Eliminations

Va-t-il (elle) seul(e) aux toilettes ? Oui Non / faut-il (elle) lui rappeler Oui Non
Port de changes ? Oui le jour la nuit Les deux
 Non

1-5 Déplacements / mobilité

Marcher-t-il (elle) seule ? Oui Non
Si non quelle est l'aide nécessaire ? -----

Se repère-t-il ? Dans un lieu connu : Oui Non
A l'extérieur : Oui Non
Dans le temps : Oui Non

1-6 Sommeil

Son sommeil est-il ? Bon Agité
Remarques particulières concernant la nuit : -----

2/ Communication / Expression

Utilise-t-il (elle) une communication verbale ? Oui Non
Comprend-il (elle) les consignes simples ? Oui Non
Sait-il (elle) : Lire ? Oui Non
Ecrire ? Oui Non
Compter ? Oui Non

3/ Traits de personnalité / comportement

Aime-t-il (elle) S'isoler ? Oui Non
Est-il (elle) opposante ? Oui Non
Si oui dans quelles circonstances ? -----

Est-il (elle) émotif (ve) ? Oui Non
Y'a-t-il des sujets difficiles ? Oui Non
Si oui lesquels ? -----

Pleure-t-il (elle) souvent ? Oui Non
 Fait-il (elle) des fugues ? Oui Non
 A-t-il (elle) déjà eu des comportements violents et dangereux ? Oui Non
 Si oui de quel type ? Verbal Physique
 A quelle fréquence ? Tous les jours Régulièrement Exceptionnellement
 Dans quelles circonstances ?

 Que mettez vous en place dans ce cas ?

Rituels de la personne à respecter (si il y a):

4/ Relation avec les autres

Père : -----
 Mère : -----
 Fratrie : -----
 Enfants : -----
 Conjoint : -----
 Autres : -----
 Quel est son comportement vis-à-vis des autres résidents ?

Son comportement sexuel est il problématique vis-à-vis du collectif ? Oui Non
 Préciser : -----

5/ Activités / loisirs

Quelles sont les activités / loisirs qu'il (elle) apprécie particulièrement ?

6/ Gestion des affaires personnelles

Connait-il la valeur de l'argent ? Oui Non
 Est-il (elle) en capacité de gérer seul (e) son argent de poche ? Oui Non
 Pose-t-il (elle) des problèmes dans la prise de ses médicaments ? Oui Non Pas de traitement
 Si oui Lesquels ? -----
 Fume-t-il (elle) ? Oui Non
 Si oui gère t'il (elle) seul (e) ses cigarettes ? Oui Non
 Si non, quelle est la restriction ? ----- cigarettes / jour
 A-t-il (elle) un téléphone portable ? Oui Non
 Si oui le gère t'il (elle) seule ? Oui Non
 Si non quelle est l'aide nécessaire ? -----

7/ Informations supplémentaires ou interrogations que vous souhaiteriez nous soumettre :

Fait le : --- / --- / ----

Nom et fonction : -----

Merci de joindre à ce document une synthèse/rapport social ou éducatif récent