

Document d'inscription : Connaissance de l'utilisateur et recueil des besoins

Ce document n'est pas contractuel, il permet de connaître la personne et de cibler ses besoins pour adapter au mieux les services à ses besoins. Une fois ce document rempli, un devis pourra vous être transmis.

Document rempli par : Le :

En présence de :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse personnelle :	Département du domicile de secours :
N° de téléphone :	Mail :

DONNEES DE PROTECTION	
Type de protection	
Service de protection + nom du référent	
Coordonnées du service de protection (n° tel, email, adresse postale)	

DONNEES RELATIONNELLES (familles, proches)	
Personne de confiance	Si désignée, merci de nous donner ses coordonnées :
Autre correspondant (famille, proche, ami...)	
Autre correspondant (famille, proche, ami...)	

DONNEES DE SANTE	
Médecin généraliste traitant (Nom, coordonnées)	
Suivi spécialisée 1 (médecin/service/hôpital, adresse, téléphone, email)	
Suivi spécialisée 2 (médecin/service/hôpital, adresse, téléphone, email)	

Autres suivis médicaux ou besoins médicaux	
Allergies connues (médic., aliments...)	

DONNEES DE RESSOURCES

Ressources financières mensuelles	
-----------------------------------	--

DONNEES DE CARACTERE et MODE DE VIE

Tempérament, habitudes de vie, centres d'intérêts ...	
---	--

SITUATION ACTUELLE

Hébergement et mode d'accompagnement actuels	<p>HEBERGEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> En établissement > Nom :</p> <p><input type="checkbox"/> à domicile seul > Adresse :</p> <p><input type="checkbox"/> En famille > Adresse :</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital > Nom :</p> <p><input type="checkbox"/> Sans domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p>MODE D'ACCOMPAGNEMENT :</p> <p><input type="checkbox"/> En établissement > Type et Nom :</p> <p><input type="checkbox"/> à domicile > Type et Nom :</p> <p><input type="checkbox"/> à l'hôpital > Type et nom :</p> <p><input type="checkbox"/> pas d'accompagnement institutionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>
Parcours		
Raisons de la demande de prise en charge		

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

Capacités individuelles :	Aucune à faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires
Faire sa toilette / gérer son hygiène					
S'habiller/ déshabiller					
Entretenir et gérer son logement (ménage, rangement...)					
Alimentation					
Prise de traitement					
Elimination					
Gérer ses courses alimentaires					
Gérer ses courses d'hygiène					
Gérer l'argent et les besoins quotidien (ex : tabac)					
Gérer ses papiers administratifs					
Faire la cuisine					
Gérer son linge sale/propre					
Se repérer dans le temps					
Se repérer dans l'espace					
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui					
Mobilité / Sortir à l'extérieur du lieu de vie					
Participer à la vie sociale (discuter, jouer, ...)					
Autres :					

DEMANDE DE PRESTATIONS

Cocher pour demander la prestation. Ajouter un commentaire pour déterminer le besoin en fréquence/quantité ou pour commenter le besoin.

X	Type de prestation	Quantité / Fréquence / commentaires
	ALIMENTATION	
	Restauration collective	
	Aide aux courses	
	Aide à la gestion des menus	
	Aide à l'élaboration des repas	
	Aide à la prise des repas	
	AUTONOMIE PHYSIQUE/PSYCHIQUE	
	Aide à la toilette	
	Aide à l'habillage / déshabillage	
	Aide au lever / coucher	
	Aide pour la mobilité extérieure	
	Aide aux courses	
	Aide à la prise de traitement	
	AIDE MENAGERE	
	Aide au ménage / rangement du logement	
	Service de blanchisserie	
	Aide à la gestion du linge	
	GESTION ADMINISTRATIVE	
	Aide à la gestion administrative quotidienne	
	Aide à la gestion des courses	
	AUTRES :	

Commentaires supplémentaires :