

**ANNEXE : EVALUATION DES CAPACITES FONCTIONNELLES ET DES AIDES DEJA EN PLACE**

les activités en grisé seront remplies obligatoirement ; les autres sont en cas de besoin

"capacité" : *Appréciation des capacités fonctionnelles de la personne hors aide ou assistance.*

0 Pas de difficulté      1 Difficulté légère      2 Difficulté modérée      3 Difficulté grave      4 Difficulté absolue      9 Sans objet

"aides" : *Indiquer les aides, dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation.*

H Aide humaine    T Aide technique    L Aménagement du logement

« observations » *préciser les aides et leurs effets sur l'activité, en signalant toute difficulté*

**MOBILITÉ, MANIPULATION**      Difficulté  non       oui (si oui, les différents items du domaine sont à examiner)

	capacité						aides			Observations : indiquez la présence éventuelle d'aides ou d'aménagements autour de la personne (tierce personne, aides techniques, aménagements du logement ...) et leur impact sur l'activité
	0	1	2	3	4	9	H	T	L	
<b>Se mettre debout</b>										
<b>Faire ses transferts</b>										
Se coucher										
S'asseoir										
Rester assis										
Rester debout										
Changer de point d'appui										
<b>Marcher</b>										
<b>Se déplacer dans le logement</b>										
<b>Se déplacer à l'extérieur</b>										
Utiliser des escaliers										
Utiliser les transports en commun										
Utiliser un véhicule particulier										
Conduire un véhicule										
<b>Avoir la préhension de la main dominante</b>										
<b>Avoir la préhension de la main non dominante</b>										
<b>Avoir des activités de motricité fine</b>										
Soulever et porter des objets										

**ENTRETIEN PERSONNEL**      Difficulté :  non       oui

	réalisation effective						aides			
	0	1	2	3	4	9	H	T	L	
<b>Se laver</b>										
<b>Assurer l'élimination et Utiliser les toilettes</b>										
<b>S'habiller</b>										
<b>Prendre ses repas (Manger, Boire)</b>										
Prendre soin de son corps (cheveux, ongles, rasage...)										
Prendre soin de sa santé										



**COMMUNICATION**

Difficulté :  non  oui

Parler
Entendre (percevoir les sons et comprendre)
Voir (distinguer et identifier)
Utiliser des appareils et techniques de communication
Mener une conversation
Produire et recevoir des messages non verbaux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATION AVEC AUTRUI**

Difficulté :  non  oui

S'orienter dans le temps
S'orienter dans l'espace
Gérer sa sécurité
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui
Entreprendre et effectuer une tâche seul
Faire face au stress, à une crise, à des imprévus
Relations avec ses pairs
Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Préciser en particulier le besoin de surveillance pour mise en danger de la personne ou de son entourage*

**VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE**

Difficulté :  non  oui

Faire les courses
Préparer des repas
Faire le ménage
Entretenir le linge et les vêtements
S'occuper de sa famille
Gérer son budget, faire les démarches administratives
Participer à la vie communautaire, sociale et civique

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**APPRENTISSAGE,**

**APPLICATION DES CONNAISSANCES**

Difficulté :  non  oui

Lire
Ecrire
Calculer
Fixer son attention
Mémoriser
Acquérir un savoir-faire
Appliquer un savoir-faire
Prendre des décisions

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du médecin ou cachet :

signature et tampon (obligatoire) :



\* M H 0 0 2 0 6 \*