****

**Questionnaire nous permettant de mieux connaître la personne accueillie**

Structure organisatrice : **ASSOCIATION VIV’ENS** – lieu du séjour : **La Maison d’Alto**

*484 chemin de chez Vigaud, 42470 St Symphorien de Lay –*

**Nom, prénom** de la **personne accueillie** :

**AGE**:

Lieu et adresse de **résidence** :

Personne **référente et téléphone** du foyer :

NUMERO WHATSHAPP POUR ADRESSER LES PHOTOS DU SEJOUR :

En cas de mesure de protection juridique, préciser s’il s’agit d’une **curatelle** ou d’une **tutelle**

Nom de l’organisme de protection juridique :

Nom tuteur ou curateur :

Téléphone et Adresse mail du tuteur ou curateur :

**Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

Vous pouvez rajouter tout élément vous semblant utile pour l’accompagnement lors du séjour.

**1 Toilette et hygiène personnelle**

Fait sa toilette seul ? Se brosse les dents ? Se rase seul ?

Change ses vêtements seul ? Change ses sous-vêtements seul ?

Reconnaît ses vêtements ?

Se chausse seul ?

A des bas de contention ? Les met seul ?

Va aux toilettes seul ?

**Pour la suite de cette rubrique 1, *écrire RAS si la personne n’est pas concernée*** :

Autres précisions Hypersialorrhée (salivation) ?

Est énurétique le jour ?

Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?

Est énurétique la nuit ?

Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?

Encoprésie le jour ?

Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?

Encoprésie la nuit ?

Utilise des protections ? Sont-elles fournies ?

A peur de la douche ?

Indiquer toutes précisions complémentaires utiles :

**2 Alimentation** : Seul Avec aide ponctuelle Avec aide constante

Mange seule ? Boit seule ? Avec bec verseur ? si oui, est-il fourni ?

Autres précisions

**Faut-il mixer les aliments ?**

**Régime alimentaire ?**

**Risque de fausse route** ?

Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc., si oui précisez ?

Informations complémentaires sur les goûts et **habitudes alimentaires** (ex : **quel petit déjeuner**, **aliments préférés ou rejetés**, prend un café après les repas ? utilisation des couverts, besoin d’accessoires, etc.) :

**3 Nuit, sommeil, lever, coucher**

Écrire *Oui* ou *Non et les précisions de votre choix*

Se couche tôt (préciser l’heure approximative) ?

A peur de l’obscurité ?

A des difficultés pour s’endormir ?

Se lève la nuit ? **A besoin d’aide pour aller aux toilettes la nuit ?**

A des angoisses nocturnes ?

A des insomnies ?

**si oui faut-il être présent à ses côtés la nuit ?**

A un lever difficile ?

Se lève vers quelle heure ?

Fait la sieste ?

Autres précisions et préconisations :

**4 Santé**

ATTENTION : joindre l’original des ordonnances utiles : médicaments, soins, etc.

Faut-il un **lit médicalisé** ? (Si oui nous adresser l’ordonnance 20 jours avant le séjour) :

Peut monter des escaliers ? Seul ? Avec aide ?

**La personne a-t-elle un traitement médical ?**

Si oui, gestion et suivi du traitement médical : autonome assistance aide totale

**Adresser l’ordonnance par mail avant le séjour à** [**associationvivens@gmail.com**](mailto:associationvivens@gmail.com) **et** la joindre au pilulier

Se déplace en fauteuil ? : en permanence occasionnellement non

Utilise en canne d’aide à la marche ? : en permanence occasionnellement non

Utilise une canne blanche ? : en permanence occasionnellement non

Port de lunettes correctrices ? : en permanence occasionnellement non

Port de lunettes de protection ? : en permanence occasionnellement non

Port de lentilles ? : en permanence occasionnellement non

Port d’une prothèse dentaire amovible----------- oui----------------- non

Port d’une prothèse auditive ------------------------ oui---------------- non

Port de chaussures orthopédiques ----------------- oui----------------- non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

**5 Habitudes de vie et comportement**

*Écrire : Oui ou Non et rajouter toute précision utile*

La personne vit elle habituellement en couple ?

La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour ?

Sens social avec une personne connue ?

Sens social avec une personne inconnue ?

Objet fétiche ?

Rituels ?

Goûts particuliers ?

Tendance à fuguer ?

Troubles de la mémoire ?

Délires Hallucinations ?

Phobies ?

Crises d’angoisse ?

Agressivité ?

Automutilation ?

Mise en danger de soi (refus de soins, etc.) ?

Comportements exhibitionnistes ?

Troubles obsessionnels et compulsifs ?

Tendance au retrait ?

Consommation de boissons alcoolisées autorisées ? Si oui quelle quantité par jour ?

**Consommation de tabac ?**

**Si oui, faut-il l’aider à gérer ses cigarettes ?**

**A besoin de fumer la nuit ?**

**IMPORTANT aussi : la personne peut -elle rester seule (par exemple sur la terrasse ou devant une émission TV) durant 5 mn ? 10 mn ? 30 mn ? ou plus ?** *Entourer la bonne réponse)*

**Le taux d’accompagnement doit-il être de :**

**2 encadrants pour la personne accueillie ?**

**1 encadrant pour la personne accueillie ?**

**La personne n’a pas besoin d’un encadrant rien que pour elle (1 pour 3 peut convenir) ?**

**La personne peut-elle se mettre en danger si elle est seule pendant 5 mn***(le temps que l’accompagnant aille aux toilettes par exemple…)* **?**

Merci d’indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**6 Communication**

Communication verbale Oui non

Voit Oui Un peu Pas du tout

Entend Oui Un peu Pas du tout

Utilisation d’une langue gestuelle (langue des signes française, etc.) ?

Utilisation d’une langue gestuelle tactile ?

Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication ?

Communique par pictogrammes, dessins, photos ?

Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée ?

Aphasie ?

Logorrhées/itérations ?

Lecture ?

Dessin ?

Utilisation du téléphone ?

Utilisation d’Internet ?

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**7 Sorties et déplacements**

*Écrire Oui ou Non et toute précision utile*

Se repère dans l’espace

Se repère dans le temps

Mémorise un lieu à atteindre

Mémorise un trajet

S’adapte à des lieux nouveaux

Supporte les lieux publics

Lit l’heure

Lit les panneaux indicateurs

Sait demander son chemin

Sait rentrer à heure fixe

Sait traverser la chaussée sans danger

Sort seul sans accompagnement :

Sort en petit groupe avec accompagnement

**PEUT MONTER DES ESCALIERS ? SEUL ? ACCOMPAGNÉ ?**

**Peut les descendre seul ?**

**8 Gestion de l’argent personnel**

Gestion de l’argent de poche------------- autonome------------ avec une aide------------- non

Quelle somme lui sera remise pour le séjour (en cas de besoin d’aide pour la gestion) :

Réalisation d’un achat simple------------ autonome------------ avec une aide------------- non

Indiquer toutes précisions complémentaires utiles :

**9 Activités sportives et de loisirs**

Activités sportives et de loisirs Oui Non

Sait faire un choix parmi plusieurs activités

Pratique régulière d’une activité sportive (préciser)

Pratique régulière d’une activité de loisirs (préciser)

Fatigabilité (préciser)

Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d’un film, d’un spectacle)

Sait nager

Peut prendre les repas en dehors du **lieu de séjour** habituel (restaurant, etc.) :

Peut sortir le soir accompagné

**Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :**

DATE : Questionnaire rempli par :

Nous vous remercions d’avoir pris le temps de remplir ce questionnaire