

ENC SERAFIN PH - FICHE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

IDENTIFICATION DE L'ESMS

Numéro Finess géographique de l'ESMS

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Code interne de la personne

Date de naissance

Temporalité d'accueil de la personne Accueil permanent Accueil temporaire

Notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité oui non

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Déficiences

Coder : P = pour la déficience principale (1 seul choix possible) **A = pour une déficience associée (de 1 à 3 choix possibles)**

Déficience intellectuelle

- Sévère Légère
 Moyenne Degré non connu

Déficiences associées : 3 au maximum

Déficiences liées aux troubles cognitifs, aux troubles des acquisitions et des apprentissages

- Troubles mnésiques Dyspraxie
 Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie Autres déficiences
 Dysphasie

Déficiences liées aux troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité

Déficiences liées aux troubles du spectre de l'autisme

PRINCIPALE

Déficiences liées à des troubles psychiques

- Handicap psychique Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

Déficiences liées à des troubles de communication

- Déficience sévère de la communication Autres déficiences du langage ou de la parole (autres que celles liées aux "DYS")
 Déficience de la voix ou de l'élocution

Déficiences liées à des troubles auditifs

- Déficience auditive profonde bilatérale (supérieure à 90 dB) Autres déficiences auditives bilatérales
 Déficience auditive sévère bilatérale (comprise entre 71 dB et 90 dB inclus) Autres déficiences de l'appareil auditif

Déficiences liées à des troubles visuels

- Déficience visuelle profonde des deux yeux Déficience du champ visuel
 Déficience visuelle profonde d'un oeil avec vision faible de l'autre Autre déficience des fonctions visuelles (strabisme, vision des couleurs, etc.)
 Autres déficiences visuelles d'un ou des deux yeux

Déficiences motrices par absence dont :

- Amputation proximale d'un membre c'est-à-dire la portion d'un élément anatomique la plus rapprochée d'un organe de référence situé en amont de cet élément
 Amputation des parties distales d'un membre c'est-à-dire la partie d'un organe, ou d'un membre, qui est la plus éloignée d'un organe de référence ou du tronc.
 Autres amputations et amputations multiples
 Absence complète ou incomplète d'un ou plusieurs membres sans autre indication

Déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique dont :

- Déficience des quatre membres Déficience de deux membres homolatéraux
 Déficience des deux membres inférieurs Autres déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique

Déficience motrice de la tête et du tronc

- Trouble du tonus Autre déficience motrice de la tête ou du tronc

Déficiences motrices d'origine musculaire, réduction ou perte de mouvement d'un ou plusieurs membres (Ex : myopathie)

Autre déficience motrice

Polyhandicap

Autres déficiences

Besoins

1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique

besoin couvert
par la structure

besoin
non couvert
par la structure

<input type="checkbox"/>	1.1.1.1.	Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.2.	Besoins en matière de fonctions sensorielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.3.	Besoins en matière de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.4.	Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.5.	Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.6.	Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.7.	Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.8.	Besoins en matière de fonctions locomotrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.9.	Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.1.1.10.	Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 - Besoins en matière d'autonomie

<input type="checkbox"/>	1.2.1.1.	Besoins en lien avec l'entretien personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.2.1.2.	Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.2.1.3.	Besoins pour la mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.2.1.4.	Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 - Besoins pour la participation sociale

<input type="checkbox"/>	1.3.1.1.	Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.2.1.	Besoins pour vivre dans un logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.2.2.	Besoins pour accomplir les activités domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.3.1.	Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.3.2.	Besoins en lien avec le travail et l'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.3.3.	Besoins transversaux en matière d'apprentissages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.3.4.	Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.3.5.	Besoins pour apprendre à être pair-aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.4.1.	Besoins pour participer à la vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.4.2.	Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1.3.5.1.	Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement - problème

Arrive-t-il que par son comportement, la personne :	de manière quotidienne	de manière hebdomadaire	de manière mensuelle	de manière annuelle	jamais
se mette en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perturbe ou mette en danger autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soit anormalement agressive, auto-agressive ou hétéro-agressive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Degré d'autonomie et de dépendance

Activité réalisée	Seul, sans aide humaine et sans difficulté	Partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur solicitation et/ou avec une difficulté partielle	Avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière	Non réalisée
Faire ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre soin de son corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses repas (Manger, Boire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES

Problématiques de santé supplémentaires de la personne

La personne a-t-elle des problèmes de santé supplémentaires ? oui non pas en mesure d'évaluer

si oui, précisez tous les problèmes de santé dans la liste ci-dessous (plusieurs choix possibles) :

Affections cardio-vasculaires

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Troubles du rythme |
| <input type="checkbox"/> Embolie et thrombose artérielle, amputation | <input type="checkbox"/> Artériopathies chroniques |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique |

Affections neuro-psychiatriques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malaises, vertiges, P d C, chutes | <input type="checkbox"/> Etats anxieux |
| <input type="checkbox"/> Accidents vasculaires cérébraux | <input type="checkbox"/> Psychose, délires, hallucinations |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Syndrome démentiel |
| <input type="checkbox"/> Etats dépressifs | |

Affections broncho-pulmonaires

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Broncho-pleuro-pneumopathies | <input type="checkbox"/> Embolies pulmonaires |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | |

Pathologies infectieuses

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Syndromes infectieux généraux, dont VIH | <input type="checkbox"/> Infections urinaires basses |
| <input type="checkbox"/> Syndromes infections locaux | |

Affections dermatologiques

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Escarres | <input type="checkbox"/> Autres lésions cutanées |
|-----------------------------------|--|

Affections ostéo-articulaires

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pathologie de la hanche | <input type="checkbox"/> Autres pathologies osseuses |
| <input type="checkbox"/> Pathologie de l'épaule | <input type="checkbox"/> Polyarthrite et pathologies articulaires |
| <input type="checkbox"/> Pathologie vertébro-discale | |

Affections gastro-entérologiques

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Syndromes digestifs hauts (Ex : fausses routes ou reflux Gastrooesophagien) | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique |
| <input type="checkbox"/> Syndromes abdominaux (Ex : syndrome sub occlusif fréquent ou diarrhée chronique (malabsorption)) | <input type="checkbox"/> Dénutrition |
| | <input type="checkbox"/> Obésité |
| | <input type="checkbox"/> Soins bucco-dentaires |

Affections endocriniennes

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles de l'hydratation |
|----------------------------------|--|

Affections uro-néphrologiques

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rétention urinaire | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | |

Autres domaines

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anémies | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Etats cancéreux | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Hémopathies malignes | <input type="checkbox"/> Trouble addictif |
| <input type="checkbox"/> Pathologies oculaires évolutives | <input type="checkbox"/> Douleur chronique |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la marche | <input type="checkbox"/> Fatigue chronique |
| <input type="checkbox"/> Etat grabataire | <input type="checkbox"/> Maladie rare/orpheline |
| <input type="checkbox"/> Etat terminal (fin de vie) | <input type="checkbox"/> Autres pathologies |

Handicap rare

La personne a-t-elle un handicap rare ? oui non

Evolution de l'état de santé somatique et/ou psychique de la personne depuis 12 mois oui non

si oui : Evolution somatique oui non

si oui, précisez la tendance évolutive : amélioration stabilité aggravation

Evolution psychique oui non

si oui, précisez la tendance évolutive : amélioration stabilité aggravation

PARCOURS ET ENVIRONNEMENT

Accompagnement antérieur

Accueil depuis moins de 1 an dans la structure oui non

Accompagnement avant l'entrée dans la structure non

- si oui, précisez : en établissement sanitaire
 en établissement ou en service médico-social
 en ville
 selon une autre modalité

Entrée administrative de la personne

Date d'entrée mm/aaaa

Sortie de l'ESMS

Pendant la période de coupe, la personne accompagnée a été hospitalisée est décédée

Projet de réorientation en cours
(notification en cours mais non effective) oui non

- si oui, précisez le projet d'orientation : Retour au domicile familial ou personnel
 Autre ESMS
 Projet autre

- si projet de sortie vers autre ESMS, précisez le type : ESAT FAM ou EAM Foyer de vie pour AH ou EANM
un seul choix possible IEM SESSAD Foyer d'hébergement ou EANM
 IME générique SAVS Autres ESMS PA
 ITEP SAMSAH Autres ESMS PH
si autres ESMS PA/PH, préciser :

Environnement de l'individu

Personne isolée oui non

Positionnement des proches envers l'équipe pluridisciplinaire de l'ESMS
1 = le positionnement des proches **facilite** la réalisation du projet personnel
2 = le positionnement des proches **complexifie** la réalisation du projet personnel
3 = le positionnement des proches **n'a pas d'impact** sur la réalisation du projet personnel

ACCOMPAGNEMENT

Mesure de protection mise en place

Accompagnement de l'aide sociale à l'enfance oui non

Modalités de scolarisation

- Type de scolarisation de la personne non scolarisé
 scolarité dans la structure médico-sociale (unité d'enseignement) dans ou hors les murs
préciser : unité d'enseignement dans un établissement médico-social
 unité d'enseignement externalisée dans un établissement scolaire
 scolarité partagée entre la structure médico-sociale participant à la coupe et un établissement scolaire
 scolarité en milieu ordinaire **avec** accompagnement médico-social de la structure participant à la coupe (établissement ou service)
 scolarité en milieu ordinaire **sans** accompagnement médico-social de la structure participant à la coupe (établissement ou service)

Présence permanente nécessaire

La situation de la personne présente-t-elle un risque pour elle, ou pour les autres, nécessitant la surveillance permanente spécifique d'un professionnel en capacité d'intervenir lorsque le risque survient ? oui non

si oui, cette surveillance implique-t-elle, en sus des charges de personnel, un équipement en matériel particulier et coûteux ? oui non

Minimum 1 pour 1

La situation de la personne justifie-t-elle un accompagnement continu spécifique [1 pour 1] par un professionnel ?
(accompagnement plus important que ceux habituellement délivrés dans la structure)

- au quotidien hebdomadaire mensuel annuel jamais