

# DEMANDE D'ADMISSION

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**PHOTO**

**Date de naissance** : .....

**Sexe** :  Homme  Femme

**Type d'accueil demandé** :

- Internat  
 Externat (Uniquement sur la commune de Nîmes)

**Demande effectuée par** :

**Nature du Handicap** : .....

**Situation actuelle de la personne** :

- Hébergé(e) à domicile      Lieu du domicile : .....
- Etablissement médico-social  
Nom de l'établissement : .....
- Type d'établissement :  Etablissement pour adultes  
 Etablissement pour enfants
- Hôpital / Clinique
- Autre (Précisez) : .....

## **PARTIE RESERVEE**

**Dossier réceptionné le :**

**Avis de la Commission d'Admission :**

**Date de la Commission :**

# Dossier Administratif

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Sexe :  M  F

Lieu de vie au moment de la demande

## **Domicile des parents ou de l'un des parents :**

Nom et prénoms des parents : .....

Adresse : .....

Téléphone: .....

Adresse mail : .....

## **Domicile d'une autre personne :**

Nom, prénoms, qualité (ex : accueillant familial, grands-parents etc..) : .....

Adresse : .....

Téléphone: .....

Adresse mail : .....

## **Domicile personnel :**

Adresse : .....

Téléphone: .....

Adresse mail : .....

## **Centre Hospitalier :**

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date du placement : .....

## **Etablissement spécialisé :**

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone: .....

Date du placement : .....

**Composition familiale**

**Père :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Situation professionnelle : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

**Mère :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Situation Professionnelle : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

**Situation matrimoniale des parents :**

Mariés    Pacsés    Concubins    Séparés    Divorcés    Veuf (Veuve)

**Fratrie de la personne demandeuse de l'admission :**

Nom, prénom, rang dans la fratrie (ex : 1<sup>er</sup>, 2<sup>d</sup> ....) : .....  
Adresse – Tel.- Adresse mail : .....  
.....

Nom, prénom, rang dans la fratrie : .....  
Adresse – Tel. - Adresse mail : .....  
.....

Nom, prénom, rang dans la fratrie : .....  
Adresse – Tel. - Adresse mail : .....  
.....

## Situation Administrative

**Notification d'orientation MDPH « maison d'accueil spécialisée » datée du :** .....

**Régime de Sécurité Sociale (général, autre) :** .....

**Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :** .....

**Numéro de Sécurité Sociale :** .....

**Bénéficiaire de la C.M.U.C :**  Oui  Non

**Assurance complémentaire santé (ex : mutuelle) :**  Oui  Non

Nom, adresse.....

**Assurance responsabilité civile (en lien avec l'assurance habitation) :**  Oui  Non

Nom, adresse.....

**Mesure de protection (ex : tutelle, curatelle) :**  Oui  Non

**Ressources de la personne :**  Allocation aux adultes handicapés  
 Autre      A préciser : .....

## Documents à joindre

### **Au dossier de demande d'admission :**

- Photocopie de la notification d'orientation M.D.P.H « maison d'accueil spécialisée »
- Attestation d'ouverture de droit à l'assurance maladie
- Photocopie de la Carte d'identité ou de la Carte de séjour
- Photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle
- Ordonnance du traitement en cours
- 1 photo d'identité

### **Au moment de l'admission :**

- Orientation MDPH « maison d'accueil spécialisée » en cours de validité (moins de 5 ans)
- Carte Vitale et attestation d'ouverture de droit à l'assurance maladie en cours de validité
- Carte d'assurance santé complémentaire (ex : mutuelle)
- Carnet de santé, carnet de vaccination
- Attestation de responsabilité civile
- Carte d'identité ou de séjour
- Carte d'invalidité

## Parcours de Vie de la Personne

Merci de nous relater les évènements importants qui jalonnent la vie de la personne (ex : intégration en IME, déménagement, évènements familiaux,...).



# Projet de Vie de la Personne

## Langage / Communication / Relation aux autres

### La personne présente-t-elle une ou des déficiences sensorielles ?

- Surdité  Malentendant  Malvoyance

### Langage Expressif

#### La personne s'exprime verbalement :

- de façon compréhensible
- de façon difficilement compréhensible
- utilise une forme de jargonnage
- s'exprime essentiellement par stéréotypies verbales ou écholalie

#### La personne ne s'exprime pas verbalement :

- s'exprime par des gestes compréhensibles
- s'exprime par des gestes difficilement compréhensibles
- s'exprime par des cris, des sons

#### L'expression de la personne passe par :

- les regards
- les mimiques
- postures et langage corporel (retrait tonicité corporelle, effondrement, crispation,...)

La personne est-elle en capacité de demander de l'aide, d'exprimer des besoins?

La personne est-elle en capacité d'exprimer la douleur ?

La personne a-t-elle accès au langage écrit ?

La personne peut-elle s'exprimer dans une langue étrangère ?

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

Observations particulières : .....

.....

.....

## Langage Réceptif (Compréhension)

### La personne a-t-elle accès :

- à des consignes simples ?
- à des consignes essentiellement contextualisées ?
- à des consignes complexes ?

**Est-il nécessaire d'accompagner la parole par le geste ?**

**Faut-il amorcer le geste pour faciliter la compréhension ?**

**La personne montre-t-elle des signes de compréhension de l'humour ?**

**La personne est-elle en capacité de comprendre le langage écrit ?**

**La personne a-t-elle accès au langage écrit ?**

**La personne est-elle en capacité de comprendre une langue étrangère ?**

Oui	Non
<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"/>

### Observations particulières :

.....

.....

.....

## Communication

**La personne s'intéresse-t-elle à son environnement ?**

**Comment la personne réagit lorsqu'on s'adresse à elle ?**

- Fuyante
- Accroche relationnelle

**La personne communique-t-elle avec autrui ?**

- les résidents ?
- le personnel ?
- la famille ?

Oui	Non
<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"/>



**La personne sait-elle utiliser un mode de communication alternatif ?**

- Pictos
- Photos
- LSF (Langue des Signes Française)
- Code gestuel

**Quels sont les attitudes, le mode de communication et postures corporelles les plus adaptés lorsque la personne présente une problématique de comportement ? (crises clastiques, opposition, passage à l'acte...) :** .....

.....

.....

.....

Oui	Non
<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"/>

**La personne est-elle sensible à un « bain sonore » ou un « enveloppement verbal » ?**

**La verbalisation a-t-elle un effet contenant ?**

**La personne est-elle en capacité d'interagir par imitation ?**

**Capacité à faire des choix ?**

**Sensible au rappel des règles de la vie en collectivité ?**

**Observations particulières :** .....

.....

.....

**Troubles du comportement**

**Automutilation :**  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

Si oui sous quelle(s) forme(s) : .....

.....

**Peut-être « Agressif » envers autrui :**  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

Si oui sous quelle(s) forme(s) : .....

.....

**Repli sur soi :**  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

**Isolement massif :**  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

**Fugue ou tendance à la fuite :**  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

**Conscience du danger :**  Oui  Non  Dans une certaine mesure

Se met en danger « volontairement » :  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

Se met en danger « involontairement » :  Jamais  Rarement  Parfois  Fréquemment

A des phobies :  Oui  Non Si oui lesquelles : .....

**Observations particulières :** .....

.....

.....

### Echange socio-économique

Capacité à gérer un acte d'échange économique :  Oui  Non  Dans une certaine mesure

Capacité à gérer un budget :  Oui  Non  Dans une certaine mesure

**Observations particulières :** .....

.....

### Vie sociale et culturelle

Utilisation des règles instituées :  Oui  Non  Dans une certaine mesure

Intérêt porté à l'environnement social et culturel :  Oui  Non  Dans une certaine mesure

Si oui de quel type (cinéma, télévision, actualités, ...) : .....

.....

Capacité à s'intégrer dans des réseaux sociaux:  Oui  Non  Dans une certaine mesure

**Observations particulières :** .....

.....

### Vie affective et sexuelle

Intégration des mœurs, des règles instituées :  Oui  Non

**Observations particulières :** .....

.....

### Religion

La personne a-t-elle une religion :  Oui  Non Si oui, laquelle ? .....

Pratique-t-elle ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

.....

## Relations avec la famille

A ce jour, si la personne est accueillie dans une institution, des séjours en famille sont-ils présents ?  Oui  Non

Si oui, à quel rythme ? .....

.....

.....

Quels types de contact y-a-t-il avec la famille actuellement (téléphone, courrier, mail,...) en plus des éventuels retours en famille ?

.....

.....

.....

Dans l'hypothèse d'une admission, quel est le rythme de séjour en famille souhaité ?

.....

.....

.....

## Alimentation / Repas

Degré d'autonomie lors des repas :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Régime alimentaire :  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

.....

Texture de l'alimentation :  Normale  Pré-hachée  Mixée

Hydratation :  Boisson normale  Boisson avec épaississant  Boisson gélifiée

Troubles du comportement alimentaire :  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

.....

Troubles de la déglutition :  Oui  Non

Sujet aux fausses routes :  Oui  Non

Observations particulières :

Utilisation de vaisselle adaptée ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Y-a-t-il une installation ou un positionnement particulier lors des repas ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Participation à la mise du couvert ?  Oui  Non

Participation au débarrassage ?  Oui  Non

Observations particulières : .....

## Soins Corporels

### Habillage / Déshabillage

#### Habillage :

Haut des vêtements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Bas des vêtements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Chaussures :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Choix des vêtements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

#### Déshabillage :

Haut des vêtements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Bas des vêtements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Chaussures :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

#### De manière plus précise :

Boutonnage :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Déboutonnage :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Fermeture éclair :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Soutien-gorge :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Lacets :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Observations particulières : .....

## Toilette

### Autonomie lors de la toilette :

**Haut du corps :**       Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Visage :**               Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Bas du corps :**         Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Brossage des dents :**  Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Brossage des cheveux :**  Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Si port, d'un appareil dentaire, entretien de celui-ci :**  Autonome     Aide partielle     Aide totale

Observations particulières : .....

### Informations complémentaires :

**Lieu de la toilette :**  Douche     Baignoire     Chariot-douche     Autre (précisez) : .....

**Aide technique pour la toilette :**  Oui     Non

Si oui, précisez : .....

**La personne prend-elle soin de son « look », de son image ?**  Oui     Non     Dans une certaine mesure

**Adapte-t-elle sa tenue vestimentaire à son environnement ?**  Oui     Non     Dans une certaine mesure

Observations particulières : .....

## Accompagnement aux toilettes

### Mise aux toilettes :

<b>Degré d'autonomie de la personne</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Accompagnée <input type="checkbox"/> Dépendante
<b>Type de sollicitation</b>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
<b>Mise aux toilettes</b>	<input type="checkbox"/> A la demande <input type="checkbox"/> Horaires repérés (précisez) : .....

<b>Installation aux toilettes</b>	<input type="checkbox"/> Aide à l'installation <input type="checkbox"/> Aide au déshabillage <input type="checkbox"/> Aide à la toilette intime <input type="checkbox"/> Aide à l'habillage
<b>L'accompagnant doit rester</b>	<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> A proximité <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... .....
<b>Modalités</b>	<input type="checkbox"/> Toilettes <input type="checkbox"/> Chaise pot <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Pistolet <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....

**Observations particulières :** .....

.....

.....

**Protections :**     Aucune     Régulièrement     Occasionnellement

**Accompagnement systématique aux toilettes au moment des changes :**     Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

.....

**Troubles du transit :**

**La personne présente-t-elle des troubles du transit ?**     Oui     Non

Si oui, précisez : .....

.....

**Mobilité**

**Déplacement**

**Déplacement dans un lieu connu :**     Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Déplacement dans un lieu inconnu :**  Autonome     Aide partielle     Aide totale

**Aide technique pour les déplacements :**     Oui     Non

Si oui, précisez : .....

.....

**Observations particulières :** .....

.....

.....

## Matériel Orthopédique

La personne dispose-t-elle d'aides techniques ?  Oui  Non

Si oui, cochez les aides techniques concernées :

Fauteuil roulant :  Manuel  Electrique

Siège/coque

Déambulateur

Canne

Orthèse Si oui, précisez : .....

Attelle Si oui, précisez : .....

Chaussures Si oui, précisez le type : .....

Matelas à air

Autre (précisez) : .....

La personne dispose-t-elle actuellement de prises en charge de rééducation ?  Oui  Non

Si oui, cochez les cases correspondantes :

Aide à la marche

Aide aux transferts

Travail musculation

Verticalisation

Travail des membres supérieurs

Travail des membres inférieurs

Installation position assise

Installation au lit

Installation repas

Autre (précisez) : .....

## Repères spatiaux/temporels

La personne se repère-t-elle dans un espace connu ?  Oui  Non

La personne se repère-t-elle dans un espace inconnu ?  Oui  Non

**Lors des déplacements en groupe à l'extérieur :**

- Reste avec le groupe :  Oui  Non

- Nécessite une surveillance constante :  Oui  Non

La personne se repère-t-elle dans le temps :  Oui  Non

La personne sait-elle lire l'heure :  Oui  Non

Observations particulières : .....

## Nuit / Repos

Nuit

### Installation au lit :

Heure du coucher (précisez) : .....

Heure de l'endormissement (précisez) : .....

Peut-elle demander à aller se  
coucher ?

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

Doit-elle être sollicitée ?

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

Va-t-elle se coucher seule ?

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

Faut-elle l'accompagner ?

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

Aide de l'accompagnant ?

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

Si oui, précisez : .....

Aide technique ?

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

Si oui, précisez : .....

### Matériel :

La personne dispose-t-elle de :

Lit médicalisé :  Oui  Non

Si oui avec barrières :  Oui  Non

#### ➤ Si lit médicalisé :

Matelas :  Classique  A air  Mémoire de forme  Autre (précisez) : .....

Position du lit :  Normale

Jambes surélevées

Inclinaison tête

Autre (précisez) : .....



**La personne dispose-t-elle de matériel d'installation ?**  Oui  Non

Si oui, précisez :

Matériel orthopédique Si oui, précisez : .....

Coussin de positionnement

Autre (précisez) : .....

**Habitudes et rituels :**

Oui	Non
<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"/>

**Télévision :**

Regarde-t-elle la télévision dans la chambre ?

**Musique :**

Faut-il de la musique ?

Si oui, quel type : .....

**Luminosité :**

Besoin d'une veilleuse ?

Lumière de la salle de bain allumée ?

Rideaux tirés ?

Volets roulants fermés ?

**Portes :**

Porte entrouverte de la salle de bain ?

Si oui:  toute la nuit  le temps de l'endormissement

Porte entrouverte de la chambre ?

Si oui:  toute la nuit  le temps de l'endormissement

**Objet(s) rituel(s) :**  Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) : .....

**Parole(s) ou geste(s) rituel(s) :**  Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) : .....

**Observations particulières :** .....

**Qualité du sommeil :**

**Quelle est la qualité du sommeil ?**

Continu  Réveils fréquents  Déambulations  Autre(s) (précisez) : .....

**Quelle est la conduite à tenir face à ces troubles du sommeil ? :** .....

**Changes/protections à quelle(s) heure(s) :** .....

**Observations particulières :** .....

## Repos / Sieste

La personne nécessite-t-elle la mise en place d'un temps de repos/sieste dans la journée ?  Oui  Non

Observations particulières : .....

.....

.....

## Activités / Centres d'Intérêt

Veillez préciser les centres d'intérêt de la personne, les activités pratiquées :

Centres d'intérêt :

Musique  Dessin  Télévision  Jeux  Spectacles  Sport

Animaux  Esthétique  Revues  Cinéma  Activités aquatiques

Autre(s) (précisez) : .....

Observations particulières : .....

.....

.....

Sorties :

Sorties à la campagne (promenade, jardin, parc, pinède,...)

Sorties en ville (boutique, grande surface,...)

Sorties culturelles (cinéma, exposition, concert, parc animalier,...)

Sorties restaurants, pique-nique, ...

Observations particulières : .....

.....

.....

La personne est-elle sujette au mal des transports ?  Oui  Non

# Dossier Médical

**A transmettre au médecin de l'établissement sous enveloppe cachetée à son attention.**

**Coordonnées du médecin traitant :**

Docteur ..... Téléphone : ..... Télécopie : .....

Adresse Mail : .....

Adresse : .....

**Nom et coordonnées du médecin qui a complété le dossier médical (si différent du médecin traitant) :**

Docteur ..... Téléphone : ..... Télécopie : .....

Adresse Mail : .....

Adresse : .....

**Dossier médical complété le :** .....

**Documents à fournir dans le dossier médical :**

- Photocopie des ordonnances en cours
- Photocopie des derniers bilans neurologiques s'ils existent
- Si protocole de soins et/ou conduite à tenir : photocopies
- Bilans (si existants) : du médecin traitant, du médecin psychiatre, de médecins spécialistes.

**Documents à fournir au moment de l'admission :**

- Carnet de santé
- Carnet de vaccination
- Ordonnance(s) originale(s) en cours le jour de l'admission

## Affection principale

**Pathologie(s) principale(s) motivant la demande d'admission (Nature et origine du handicap) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Troubles moteurs (si existant, à préciser) :**

.....  
.....  
.....

**Troubles du comportement (si existant, à préciser) :**

.....  
.....  
.....

Taille : ..... Poids : .....

Observations particulières : .....  
.....

## Antécédents – Autres affections

**Antécédents familiaux :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents personnels :**

Antécédents chirurgicaux :

Nature de l'intervention : .....

.....

Date : ..... Lieu de l'intervention : .....

.....

Nature de l'intervention : .....

.....

Date : ..... Lieu de l'intervention : .....

.....

Nature de l'intervention : .....

.....

Date : ..... Lieu de l'intervention : .....

.....

Nature de l'intervention : .....

.....

Date : ..... Lieu de l'intervention : .....

.....

Observations particulières : .....

.....

.....

Antécédents médicaux (maladie longue durée, maladie génétique, maladie héréditaire,...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Maladies infantiles contagieuses :**

- Coqueluche     Oui     Non
- Oreillons      Oui     Non
- Roséole        Oui     Non
- Rougeole      Oui     Non
- Rubéole       Oui     Non
- Scarlatine     Oui     Non

**Troubles de l'audition :**         Oui     Non        Si oui, appareillage :  Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

**Troubles de la vision :**         Oui     Non                      Si oui, port de lunettes :     Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

**Déficience cardio-vasculaire :**     Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

**Déficience respiratoire :**         Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

**Troubles de la fonction digestive :**  Oui     Non

**Encoprésie :** Diurne :  Oui     Non        Nocturne :  Oui     Non

**Observations particulières :** .....

.....

Type de régime alimentaire : .....

**Observations particulières** : .....

.....

Déficience dentaire :  Oui  Non

Si oui, appareillage :  Oui  Non

**Observations particulières** : .....

.....

Troubles de la fonction urinaire :  Oui  Non

Enurésie : Diurne :  Oui  Non Nocturne :  Oui  Non

**Observations particulières** : .....

.....

Troubles endocriniens :

Diabète :  Oui  Non

**Observations particulières** : .....

.....

Autre trouble endocrinien : .....

.....

Problématique gynécologique :  Oui  Non

**Observations particulières** : .....

.....

Allergies et/ou intolérances :  Oui  Non

Si oui lesquelles : .....

.....

**Observations particulières** : .....

.....

.....

# Epilepsie

**Epilepsie :**  Oui  Non

Si oui :

Quelles sortes de crise (absences épileptiques, crises tonico-cloniques,...) ? Pouvez-vous les décrire ?

.....  
.....  
.....

Combien de temps durent-elles en moyenne ?

.....  
.....  
.....

Y-a-t-il des conditions spéciales et/ou des facteurs déclenchant les crises ? Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

La personne sent-elle venir les crises ? Si oui, est-elle capable de l'exprimer et sous quelles formes ?

.....  
.....  
.....

Y-a-t-il des signes précurseurs annonciateurs d'une crise ? Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

La personne est-elle suivie par un neurologue ? Si oui, à quel rythme ?

.....  
.....  
.....

**Coordonnées du médecin neurologue :**

Docteur ..... Téléphone : ..... Télécopie : .....

Adresse Mail : .....

Adresse : .....

.....  
.....

La personne prend-elle un traitement antiépileptique ?  Oui  Non

Avec traitement, la personne est-elle stabilisée au niveau de son épilepsie ?  Oui  Non

Existe-t-il un protocole de soins et/ou conduite à tenir en cas de crise ? Si oui, lequel ?

.....  
.....  
.....

Existe-t-il une limitation (ou interdiction) de certaines activités ? Si oui lesquels ?

.....  
.....  
.....

## Evaluation de la douleur

Est-il facile d'évaluer la douleur de la personne ?  Oui  Non

Si non, est-ce qu'un outil d'évaluation de la douleur est mise en place ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Y-a-t-il des manifestations douloureuses chroniques ?  Oui  Non

Si oui, localisation(s) : .....

Traitement antalgique :  Permanent  Ponctuel (précisez le moment) : .....

## Prises en charge paramédicales

Kinésithérapie :  Oui  Non Si oui, à quel rythme : .....

Ergothérapie :  Oui  Non Si oui, à quel rythme : .....

Psychomotricité :  Oui  Non Si oui, à quel rythme : .....

Orthophonie :  Oui  Non Si oui, à quel rythme : .....

Autre :  Oui  Non

Si oui, quel type de prise en charge et à quel rythme : .....

.....

**Observations particulières** : .....

.....

.....

.....