Fiche de renseignement

ACASSIHA®

Personne accompagnée :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance : ..... Sexe :.....

☎.....

✉.....

💻.....

Référent éducatif : .....

💻.....

L'adulte est-il sous protection juridique : oui ☐ non ☐

🙂..... ☎.....

✉.....

💻.....

Personne à contacter en cas de problème :

🙂..... ☎.....

✉.....

💻.....

Sorties / déplacements

Sort seul	oui ☐	non ☐
Sait demander son chemin	oui ☐	non ☐
Peut rester seul sur le lieu du séjour	oui ☐	non ☐
Peut monter / descendre un escalier seul	oui ☐	non ☐

Hygiène

Sait aller aux WC	oui ☐	non ☐	stimuler ☐
Est sujet à l'énurésie	oui ☐	non ☐	nocturne ☐
Est sujet à l'encoprésie	oui ☐	non ☐	nocturne ☐
Porte des protections	oui ☐	non ☐	
Fait sa toilette	oui ☐	non ☐	stimuler ☐
Sait se raser	oui ☐	non ☐	stimuler ☐
Sait s'habiller	oui ☐	non ☐	stimuler ☐

Médical

A un traitement	oui ☐	non ☐
S'en occupe seul	oui ☐	non ☐
Utilise un moyen de contraception	oui ☐	non ☐
Si oui lequel :		
S'en occupe seul	oui ☐	non ☐
Nécessite des soins infirmiers	oui ☐	non ☐
Si oui lesquels :		
Suit un régime alimentaire	oui ☐	non ☐
Si oui lequel :		
Est appareiller	oui ☐	non ☐
Si oui de quel nature :.....		
Allergies :		

Capacités physiques / activités

Physique

Peut marcher	oui ☐	non ☐
Besoin de soutien lors des déplacements	oui ☐	non ☐
Sait choisir une activité parmi plusieurs	oui ☐	non ☐
Sait nager	oui ☐	non ☐
Baignade autorisée	oui ☐	non ☐

Sommeil

Se couche tôt (après le dîner)	oui ☐	non ☐
A des difficultés d'endormissement	oui ☐	non ☐
Est sujet aux insomnies	oui ☐	non ☐
Se lève la nuit	oui ☐	non ☐
Fait la sieste	oui ☐	non ☐

Argent personnel

Gère son argent seul	oui ☐	non ☐	accompagné ☐
Sait faire un achat simple seul	oui ☐	non ☐	accompagné ☐

Consommations

Tabac	oui ☐	non ☐
Quantité :		
Alcool	oui ☐	non ☐
Quantité **: .....**		

Communication

Sait téléphoner	oui ☐	non ☐	accompagné ☐
Sait lire et écrire	oui ☐	non ☐	accompagné ☐
Communique par le langage	oui ☐	non ☐	accompagné ☐
Communique par le geste	oui ☐	non ☐	accompagné ☐

Comportement

La personne est-elle susceptible de :

S'alcooliser	oui ☐	non ☐ .....
Fuguer	oui ☐	non ☐ .....
Avoir un comportement agressif	oui ☐	non ☐ .....
Avoir des actes de violence envers elle-même	oui ☐	non ☐ .....
envers l'autre	oui ☐	non ☐ .....

La personne est-elle sujette :

Aux hallucinations	oui ☐	non ☐ .....
Aux phobies	oui ☐	non ☐ .....
Aux délires	oui ☐	non ☐ .....
A l'errance	oui ☐	non ☐ .....
A l'isolement	oui ☐	non ☐ .....

Informations complémentaires : (habitudes de vie, situations difficiles, gestion de crise...)