

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Section 1 : Fonctionnement actuel de la personne**

Décrire sommairement le fonctionnement de la personne et la qualité de sa participation sociale dans les milieux qu'elle fréquente (l'exercice de ses rôles sociaux, son niveau de dépendance par rapport aux autres, les observations relatives à son autonomie, etc.) :


Est-ce que la personne peut exprimer ses volontés?  Oui  Non

Si oui, comment le fait-elle?

--

Quelle est la qualité des relations interpersonnelles de la personne avec ses pairs, les membres de sa famille et son entourage?


De quelle façon exprime-t-elle ses émotions?


Comment réagit-elle à la contrariété, à l'autorité et aux changements?


Décrire, s'il y a lieu, les défis, obstacles (sociaux ou autres) et limitations qui rendent la personne plus vulnérable :


Quels sont les intérêts, habiletés ou forces de la personne?


## Section 2 : Historique médical et problèmes de santé physique actuels

Décrire les antécédents médicaux (hospitalisation, accident, traumatisme, etc.) de la personne :

Décrire les problèmes de santé actuels :

### Professionnels de la santé traitants (neurologue, généticien, audiologiste, etc.)

Nom et prénom du professionnel	Discipline	Clinique/Hôpital	Téléphone

## Section 3 : Composition de l'environnement immédiat

Avec qui la personne habite-t-elle?

Quelles sont les caractéristiques des individus vivant avec la personne?

Lien	Âge	Occupation	T. plein	T. partiel	Est-ce que cette personne présente des incapacités?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier :
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier :
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier :
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier :
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier :

Quelles sont les conditions de vie de la personne (milieu de vie physique sécuritaire, salubrité, adapté à l'état de l'utilisateur)?

## Section 4 : Situation familiale

Décrire la composition de la famille et le rang que la personne occupe au sein de sa famille :

Décrire les relations entre les membres de la famille (relation conjugale, relation parent-enfant, relation entre la fratrie) :


**Section 5 : Ressources**

Décrire le réseau de soutien de la personne :


Comment les membres du réseau de soutien de la personne perçoivent-ils l'aide qu'ils doivent apporter à la personne?


Quel est le niveau d'épuisement du réseau de soutien et de la famille de la personne?


Décrire le soutien que reçoit l'entourage de la personne (amis, aidants naturels, famille élargie, etc.) :


Quels sont les services de ressources formelles utilisées par la personne ou par les membres de son entourage (gardiennage, répit, services domiciliaires, etc.)?


**Section 6 : Éléments de vulnérabilité et situation psychosociale**

Est-ce que les difficultés de la personne ont été abordées avec elle?  Oui  Non

Si non, pourquoi?

Quelle est l'opinion de la personne par rapport à ses difficultés?


Comment les membres de l'entourage de la personne perçoivent-ils les difficultés de la personne?


Décrire les antécédents psychosociaux significatifs. Mentionner les événements particuliers, tels que les décès, maladies de l'entourage, séparation des parents, traumatisme, changements de milieu de vie, idées suicidaires, deuil, facteurs de stress familiaux, etc. :


Décrire les éléments de l'histoire qui permettent de comprendre la situation de la personne :


\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date