

BILAN D'AUTONOMIE
A faire compléter par votre médecin traitant,
Un spécialiste ou un service d'accompagnement
(assistante sociale, ergothérapeute, infirmière...)

DEFINITION :
fait seul : c'est à dire sans stimulation, sans aide humaine
fait partiellement : l'action nécessite une stimulation ou une aide humaine

✓ *Cocher et remplir les cases*

COHERENCE ET ORIENTATION			
Converser de façon logique	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Se comporter de façon logique	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Préparer et prendre ses médicaments	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Orientation, dans le temps	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Orientation, dans le domicile	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
La personne fait-elle des fugues	NON	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
A-t-elle une attitude d'opposition, de résignation	NON	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

PERIMETRE DE MARCHE
Distance en mètres
Durée maximale de la station debout
Garde le lit, grabataire

AIDES TECHNIQUES AUX DEPLACEMENTS	A l'intérieur		A l'extérieur	
	OUI	NON	OUI	NON
Cannes simples, anglaises, tripodes, blanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniquement avec tierce personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser				

TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS			
Se lever, se coucher, s'asseoir	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Monter, descendre un escalier	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>

HYGIENE DU CORPS			
Toilette du haut	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Toilette du bas	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Se raser, se coiffer	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>

HABILLAGE			
Mettre, enlever vêtements du haut	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Mettre, enlever vêtements du bas	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Préparer, choisir ses vêtements	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>

ALIMENTATION						
Préparer les repas	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Réchauffer les plats	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Manger et boire	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Se servir à manger des aliments préparés et boire	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Couper la viande, éplucher un fruit	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Alimentation mixée, par sonde	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		

ELIMINATION						
Incontinence urines	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
Incontinence selles	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
Porte des changes complets	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
Sonde urinaire / poche colostomie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		

COMMUNICATION						
Lit le courrier reçu (facture, fax...)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Répond au courrier reçu (chèques...)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Communique grâce au clavier ordinaire d'un Téléphone, fax, ordinateur	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Communique grâce à un appareillage spécifique (Ex : synthèse vocale,...)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>

MOYENS DE TRANSPORT						
Prend un taxi	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Prend les transports en commun	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Transport adapté	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
Conduit seul un véhicule	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		

APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT		TUTEUR		<input type="checkbox"/>	CURATEUR		<input type="checkbox"/>
Gère ses finances de façon autonome	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>	
Se rend à la banque	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>	

ENTRETIEN MENAGER						
Effectue l'ensemble des travaux ménagers	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>

DEPLACEMENTS						
Se déplace dans son quartier (Ex : se rend chez un commerçant)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
Se déplace dans la ville (Ex : se rend de son domicile à un endroit inconnu mais repéré par différents moyens sur un plan)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>

ENFANTS						
S'occuper de ses enfants de 0 à 6 ans	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>
S'occuper de ses enfants d'âge scolaire (plus de 6 ans)	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement	<input type="checkbox"/>	Ne fait pas	<input type="checkbox"/>

S'OCCUPER DU LINGE			
Tri du sale	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Mettre en route la machine	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Repassage	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>
Rangement	Fait seul	<input type="checkbox"/>	Fait partiellement <input type="checkbox"/> Ne fait pas <input type="checkbox"/>

Réseau relationnel et de soutien (familial, amical ou voisinage)

Y a-t-il eu changement de rôle significatif dans la famille NON OUI sans objet

L'accompagnant a-t-il dû interrompre ou modifier son emploi ? NON OUI (*préciser*)

La famille estime-t-elle avoir besoin de périodes de répit NON OUI sans objet

Importance de la détresse éventuellement ressentie par l'accompagnant

6-----5-----4-----3-----2-----1-----0
Sévère *moyenne* *nulle*

Recours à des aides professionnelles

infirmier

aide soignante

auxiliaire de vie

aide ménagère

tierce personne salariée

kiné

autre

Si intervention professionnelle, nombre d'heures par jours :
 Pour quels actes ?

AUTRES REMARQUES EVENTUELLES :

Date :

Signature et fonction de la personne ayant rempli le bilan

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

A remplir par l'administration

ORIGINE DE LA DEMANDE

N° DOSSIER

TYPE DE DEFICIENCE

Situation familiale :Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve) Autres

Nombre d'enfants : Date de naissance des enfants :

Montant mensuel des ressources :

Salaire _____ € ASSEDIC _____ € RMI _____ € Autres _____ €

Ressources du conjoint :

Salaire _____ € ASSEDIC _____ € RMI _____ € Autres _____ €

Situation actuelle par rapport à l'assurance maladie : Invalidité : Catégorie _____ Montant _____ € Rente : oui non Montant _____ € Accident du travail : Date _____ taux IPP Maladie professionnelle : Date _____ taux IPP Arrêt maladie**Origine de la demande :**Demandeur Médecin traitant Médecin du travail Assistante sociale Autres