



COMPLEMENT D'INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

FICHE DE LIAISON A REMPLIR PAR L'USAGER ET/OU SON RESPONSABLE LEGAL ET ENTOURAGE

IDENTITE DE L'USAGER	
NOM :	Prénom :
Adresse :	N° de téléphone

Si vous remplissez ce document pour l'utilisateur, merci de préciser votre identité :

Vous répondez en qualité de : Membre de la famille Représentant légal (curateur/tuteur)
 Autres :

Je soussigné (e) Madame, Monsieurautorise la personne désignée ci-dessus à transmettre les informations ci-dessous à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Date : Date :
Signature de la personne qui remplit le document Signature de l'utilisateur

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de réaliser une évaluation globale et de mesurer le degré d'autonomie de la personne en situation de handicap dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous en cochant, la case qui correspond, selon vous à la situation :

Situation de l'utilisateur

Situation conjugale:

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Séparé(e) Divorcé(e)

L'utilisateur vit :

- Seul(e) En couple En compagnie d'un(e) ami(e) Chez un membre de la famille

Logement :

- Propriétaire Locataire (bailleur privé) Locataire (bailleur public)

Ressources actuelles :

- Salaire
- Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Revenu de Solidarité Active
- Indemnités journalières
- Pension d'invalidité
- Pension de retraite
- Autres :

Activité professionnelle :

- En ESAT
- En entreprise adaptée
- Milieu ordinaire
- Autres :

Sans activité professionnelle :

- En invalidité
- Au chômage
- Retraite
- Autres :

Niveau scolaire ou de formation :

A déjà travaillé : Oui Non

Dernier emploi terminé le:

RETENTISSEMENTS DE LA MALADIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Actes essentiels (entretien personnel et déplacements)

Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<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"/>
Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie domestique et vie courante

Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer un repas seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses démarches administratives seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivre seul dans un logement indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tâches et exigences générales, relation avec autrui, communication

Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des décisions et initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer sa sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtriser son comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des appareils de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH :