

Situation de l'enfant à la date du / / (date de la demande)

A l'occasion de la rédaction de cet état, l'enfant a-t-il donné son avis? Oui Non

NOM de l'enfant:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

Sexe: M F

Pour permettre cet accueil temporaire, quels sont ses besoins en termes de soins?

Traitements médicamenteux: Oui Non

Soins spécifiques liés à: un régime alimentaire une épilepsie non stabilisée
 une gastrotomie une assistance respiratoire des séances de kinésithérapie
 pansements des soins de prévention d'escarre autres:

Parmi ses soins, certains nécessitent-ils une présence infirmière? Oui Non

A/ DESCRIPTIF du handicap de l'enfant

	Indicateurs	Cocher la case correspondante	Réservé
DEFICIENCES ASSOCIEES	Aucune déficience associée n'affecte la qualité de vie	<input type="checkbox"/>	
	Une ou plusieurs déficiences associées affectent légèrement sa qualité de vie	<input type="checkbox"/>	
	Une ou plusieurs déficiences associées affectent modérément sa qualité de vie	<input type="checkbox"/>	
	Une ou plusieurs déficiences associées affectent sévèrement sa qualité de vie	<input type="checkbox"/>	

	Indicateurs	Cocher la case correspondante	Réservé
MENTAL	Pas de retard	<input type="checkbox"/>	
	Retard léger	<input type="checkbox"/>	
	Retard moyen	<input type="checkbox"/>	
	Retard sévère	<input type="checkbox"/>	

Critères d'analyse	Indicateurs	Niveau de handicap (cocher la case correspondante)			
		Aucun	Faible	Moyen	Grave
PSYCHIQUE	Trouble de la pensée et/ou de la perception				
	Trouble de la communication				
	Trouble de la vie émotionnelle et affective				
	Trouble du comportement				
SENSORIEL	Déficience visuelle				
	Déficience auditive				

	Indicateurs	Cocher la case correspondante	Réservé
PHYSIQUE (une seule réponse)	Pas besoin d'appareillage moteur	<input type="checkbox"/>	
	Besoin d'attelles pour la marche	<input type="checkbox"/>	
	Besoin occasionnel d'un fauteuil ou d'une poussette	<input type="checkbox"/>	
	Besoin permanent d'un fauteuil - manuel - électrique	<input type="checkbox"/>	
SANTE (une seule réponse)	Pas de besoin de suivi au quotidien	<input type="checkbox"/>	
	Quelques interventions de jour	<input type="checkbox"/>	
	Interventions multiples de jour	<input type="checkbox"/>	
	Intervention de nuit	<input type="checkbox"/>	
	Suivi et soutien permanent de jour et de nuit	<input type="checkbox"/>	

L'AUTONOMIE de l'enfant (Cocher la case correspondante)

Autonomie	Indicateurs	Seul	Avec aide	Ne fait pas
VIE QUOTIDIENNE	Se nourrir			
	S'habiller/se déshabiller			
	Assurer sa propre hygiène corporelle			
COMMUNICATION	Capacité à faire connaître ses besoins et à comprendre les consignes			
MOBILITE	Se déplacer			
	Se déplacer du lit vers le fauteuil et du fauteuil vers le lit			

B/ L'ENTOURAGE de l'enfant

Critères	Indicateurs	Cocher la case correspondante		Réservé	
RESEAU FAMILIAL	Famille d'accueil	<input type="checkbox"/>			
	Parents sans autre enfant à charge	<input type="checkbox"/>			
	Parents avec autre(s) enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/>			
	Famille monoparentale	<input type="checkbox"/>			
	Parents âgés	<input type="checkbox"/>			
Entourer le chiffre correspondant (0 TB/1 Moyenne/ 2 Mauvaise/ 3 Aucune autonomie)		0	1	2	3
RELATIONS ET COMPOURTEMENTS DE LA PERSONNE (vécus par l'entourage)	Rapport au danger	0	1	2	3
	Rapport à la nourriture	0	1	2	3
	Sociabilité	0	1	2	3
	Maîtrise de son comportement	0	1	2	3
	Maîtrise de son impulsivité	0	1	2	3

Etat physique et psychologique ressenti par l'entourage	Cocher la case correspondante	Réservé
Besoin de se ressourcer ⁰	<input type="checkbox"/>	
Moments difficiles, fatigue, lassitude	<input type="checkbox"/>	
Besoin de suppléance	<input type="checkbox"/>	
Besoin d'aide de tiers fréquent	<input type="checkbox"/>	

⁰ Démarche préventive pour le bien de tous (ex: frères, sœurs, grands-parents, ...)

C/ INTEGRATION SCOLAIRE

	Indicateurs	Cocher la case correspondante	Réservé
INTEGRATION SCOLAIRE	ENFANT	En école ordinaire	<input type="checkbox"/>
		En école ou structure spécialisée	<input type="checkbox"/>
		Partielle	<input type="checkbox"/>
		Aucune scolarité	<input type="checkbox"/>

Les ACTIVITES de l'enfant (cocher la case correspondante)

Indicateurs	Régulièrement	Quelquefois	Jamais
Fréquente une garderie/une école			
Fréquente une association/un club...			
Réalise une ou des activités sportives			
Fréquente un centre de loisirs			
Peut s'intégrer dans un centre de vacances ordinaire			