mdph

Maison départementale des personnes en situation de handicap de la Gironde

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Nom et prénom de l'intéressé(e) :…… ……
Age : ……ans
Domicilié(e) à :……

1 – La demande à la MDPH émane de :
☐ l'intéressé(e) ☐ sa famille ☐ l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)
☐ son représentant légal (tuteur, curateur…) ☐ autre *à préciser*……

2 – PATHOLOGIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIE(S) ASSOCIE(E)S (*dont addictions)*……
……

3 – DESCRIPTION DES DEFICIENCES <u>ACTUELLES</u> DU PSYCHISME : * *Cocher et entourer les mentions utiles*

☐ **Troubles de la volition** *à préciser * apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, , compulsions obsessionnelles*……..
☐ **Troubles de la pensée** *à préciser* idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire*……
☐ **Troubles de la perception** *à préciser* illusions, hallucinations, déréalisation*……..
☐ **Troubles de la communication** *à préciser* logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires*……..
☐ **Troubles du comportement** *à préciser* agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité*……..
☐ **Troubles de l'humeur** *à préciser* prolongés ou répétés : troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque*……..
☐ **Troubles de la conscience et de la vigilance** *à préciser* légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne*……
☐ **Troubles intellectuels ou cognitifs** *à préciser* séquellaires d'une affection mentale précoce ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale*……
☐ **Troubles de la vie émotionnelle et affective** *à préciser* anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*……..
☐ **Expression somatique des troubles psychiatriques** *à préciser*……
……
……

Autres critères secondaires :
Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles :……..
……
Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Si hospitalisation(s) antérieure(s), *préciser la fréquence, la durée et les dates* ……
……
……
☐ Retentissement relationnel sur la vie sociale et affective *à préciser* si troubles bien acceptés par l'entourage, isolement, marginalisation ou dépendance totale*……
……
……

4 - NATURE DU TRAITEMENT <u>ACTUEL</u> :……
……
Adhésion au traitement ☐ OUI ☐ NON Bonne tolérance ☐ OUI ☐ NON
Le cas échéant, préciser les effets secondaires :……
……

5 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE <u>ACTUELLE</u> :
☐ Hospitalisation en cours ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, depuis quand ?…… …… Dans quel établissement ?……
☐ C.A.T.T.P. ☐ C.M.P.
☐ Consultations externes ☐ Hôpital de jour
☐ Autre à préciser……

6 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

ACTES ESSENTIELS *(entretien personnel et déplacements)*					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					
Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
Partir en vacances					

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION				
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Prendre des décisions/des initiatives				
Gérer sa sécurité *(réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)*				
Maîtriser son comportement *(émotions, pulsions)* dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				

7 – APTITUDE AU TRAVAIL

Votre avis sur l'aptitude de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? *(impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante…)*

……
……
……
……
……
……

Cachet obligatoire du service

Date

Signature

Ce questionnaire a été élaboré par le collectif UNAFAM et adapté pour une mise à disposition de la MDPH 33.

La MDPH met en œuvre des traitements de données à caractère personnel permettant la gestion de votre dossier. En application de la loi Informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant qui s'exerce par courrier électronique à l'adresse mdph-direction@cg33.fr, ou par courrier postal à l'intention du Correspondant Informatique et Liberté de la MDPH, immeuble le Phénix, 264 Bld Godard, 33300 Bordeaux, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.