

# guide d'évaluation

## IDENTIFICATION

Date de l'évaluation :

|                |   |  |              |
|----------------|---|--|--------------|
| Identification | <input type="checkbox"/> Monsieur<br><input type="checkbox"/> Madame<br><input type="checkbox"/> Mademoiselle | Nom de naissance :<br>Prénom :<br>Nom d'usage / d'époux (se) : | N° DOSSIER : |
|----------------|---|--|--------------|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Demande(s)<br>à l'origine<br>de l'évaluation : | <input type="checkbox"/> RQTH<br><input type="checkbox"/> ESAT<br><input type="checkbox"/> CI<br><input type="checkbox"/> AAH<br><input type="checkbox"/> Prestation de compensation<br><input type="checkbox"/> Affiliation à l'assurance vieillesse<br><input type="checkbox"/> AEEH<br><input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté<br><input type="checkbox"/> Avis pour aménagement des conditions d'examen | <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle<br><input type="checkbox"/> Formation<br><input type="checkbox"/> Carte de priorité<br><input type="checkbox"/> Complément de ressource AAH<br><input type="checkbox"/> Allocation compensatrice<br><input type="checkbox"/> Orientation vers une structure médico-sociale<br>(y compris maintien Creton)<br><input type="checkbox"/> AVS | <input type="checkbox"/> Marché du travail<br><input type="checkbox"/> Carte de stationnement<br><input type="checkbox"/> Transport scolaire<br><input type="checkbox"/> Avis pour aménagement de scolarité |
|--|--|--|---|

|  |
|--|
| Projet de vie<br>Souhaits et projets de la personne  |
| <input type="checkbox"/> La personne a demandé une aide à la formulation du projet de vie<br>(projet professionnel, projet de formation y compris)   |
| <input type="checkbox"/> La personne a formulé un projet de vie<br><input type="checkbox"/> La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie<br><input type="checkbox"/> Le projet de vie n'est pas présent dans le dossier |
| Complément ou évolution du projet de vie exprimé par la personne au cours de l'évaluation :  |
|  |

|  |
|--|
| Avis de l'entourage<br>et / ou du représentant légal   |
| <i>(systématique pour les mineurs et les majeurs protégés, suivant le contexte pour les majeurs ayant la pleine capacité juridique, notamment en cas de déni ou d'anosognosie. La personne doit être informée de cette démarche.) Préciser l'identité et la qualité des personnes ayant répondu.</i> |
|  |

L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles, dans la perspective de leur interaction avec les activités.

| Situation familiale | <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Marié<br><input type="checkbox"/> Veuf<br><input type="checkbox"/> Séparé<br><input type="checkbox"/> Divorcé<br><input type="checkbox"/> PACS<br><input type="checkbox"/> Concubin<br><input type="checkbox"/> Non précisé | Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si :<br><input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Non précisé   | Observations : |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|----------------|-----------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                     |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lien de parenté</th> <th>Age</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |                | Lien de parenté | Age |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | Lien de parenté  | Age  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |                |                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Situation sociale de la personne handicapée

| Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi  | <input type="checkbox"/> Enfant non scolarisé (dans ce cas préciser les modes de garde dans le tableau ci-dessous)<br><input type="checkbox"/> Scolarisation, formation initiale et/ou autres formations non rémunérées (dans ce cas renseigner volet 3A)   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
|--|---|---|---|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|---------------------------|--|--|----------------|--|--|----------------------|--|--|-------------------|--|--|--------------------|--|--|--------|--|--|
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalités de garde</th> <th>Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine</th> <th>Nom et commune de l'établissement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Crèche</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Assistante maternelle</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Garde d'enfant à domicile</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Halte garderie</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Accueil périscolaire</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Centre de loisirs</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Centre de vacances</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Autres</td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Modalités de garde  | Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine | Nom et commune de l'établissement      | Crèche                           |  |                                   | Assistante maternelle                |  |  | Garde d'enfant à domicile |  |  | Halte garderie |  |  | Accueil périscolaire |  |  | Centre de loisirs |  |  | Centre de vacances |  |  | Autres |  |  |
|  | Modalités de garde  | Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine | Nom et commune de l'établissement   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
|  | Crèche  |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
|  | Assistante maternelle   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Garde d'enfant à domicile  |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Halte garderie   |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Accueil périscolaire   |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Centre de loisirs  |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Centre de vacances   |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Autres   |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Activité professionnelle même non rémunérée y compris ESAT, apprentissage, formation professionnelle rémunérée, interruption momentanée pour maladie... (dans ce cas renseigner volet 3B)   |   |   |   |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Adulte sans activité, dans ce cas renseigner ci-dessous : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Invalidité</td> <td><input type="checkbox"/> Retraite anticipée</td> <td><input type="checkbox"/> Congé parental</td> <td><input type="checkbox"/> Autre inactif</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chômage</td> <td><input type="checkbox"/> Retraité à l'âge normal</td> <td><input type="checkbox"/> Au foyer</td> <td><input type="checkbox"/> Non précisé</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Invalidité   | <input type="checkbox"/> Retraite anticipée                                   | <input type="checkbox"/> Congé parental                                       | <input type="checkbox"/> Autre inactif | <input type="checkbox"/> Chômage | <input type="checkbox"/> Retraité à l'âge normal | <input type="checkbox"/> Au foyer | <input type="checkbox"/> Non précisé |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Invalidité  | <input type="checkbox"/> Retraite anticipée   | <input type="checkbox"/> Congé parental                                       | <input type="checkbox"/> Autre inactif  |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Chômage   | <input type="checkbox"/> Retraité à l'âge normal  | <input type="checkbox"/> Au foyer   | <input type="checkbox"/> Non précisé  |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| Cette situation est celle de la personne depuis : <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> moins d'un an</td> <td><input type="checkbox"/> entre 1 et 5 ans</td> <td><input type="checkbox"/> plus de 5 ans</td> <td><input type="checkbox"/> inconnu</td> </tr> </table>  | <input type="checkbox"/> moins d'un an  | <input type="checkbox"/> entre 1 et 5 ans                                     | <input type="checkbox"/> plus de 5 ans  | <input type="checkbox"/> inconnu       |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |
| <input type="checkbox"/> moins d'un an   | <input type="checkbox"/> entre 1 et 5 ans   | <input type="checkbox"/> plus de 5 ans  | <input type="checkbox"/> inconnu  |  |                                  |  |                                   |                                      |  |  |                           |  |  |                |  |  |                      |  |  |                   |  |  |                    |  |  |        |  |  |

# guide d'évaluation

## VOLET MÉDICAL

VOLET 4

Nom de la personne concernée : .....

Date de l'évaluation : .....

|  |  |  |   |   |                  |
|--|--|--|---|---|------------------|
| Pathologie(s) à l'origine du handicap              | <b>Pathologie principale à l'origine du handicap</b>   |  |   | Code CIM : .....                          |                  |
|  | Maladie rare dépendant d'un centre de référence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (cf Orphanet)  |  |   |   |                  |
|  | <b>Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap</b>   |  |   |   |                  |
|  | <input type="checkbox"/> Accident, date :<br><input type="checkbox"/> Accident vie privée<br>IPP :<br><input type="checkbox"/> Accident professionnel<br>IPP : | <input type="checkbox"/> Liée à la naissance<br><input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique<br><input type="checkbox"/> Malformation congénitale<br><input type="checkbox"/> Complication de la grossesse<br><input type="checkbox"/> Complication de l'accouchement | <input type="checkbox"/> Maladie, année d'apparition :<br><input type="checkbox"/> Maladie professionnelle<br>IPP :<br><input type="checkbox"/> Origine génétique<br><input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Origine inconnue |                  |
|  | Date d'apparition du handicap :  |  |   |   | Code CIM : ..... |
| Pathologies associées (en lien avec le handicap) : |  |  |   | Code CIM : .....                          |                  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Antécédents médicaux, chirurgicaux | <b>Description :</b> (pour les enfants : antécédents périnataux, âge de la mère à l'accouchement, procréation médicalement assistée, âge gestationnel, jumeau, multiparité, poids, taille, périmètre crânien à la naissance,...) |
|                                    | <b>Histoire de la maladie</b> (Circonstance de survenue, bilan initial en cas de traumatisme, facteurs de gravité, évolution des troubles...)  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Description clinique  | <b>Taille :</b>   | <b>Poids :</b>  | <b>Indice de Masse Corporelle :</b>   | <b>Main dominante (avant handicap) :</b> <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Ambidextre |
|   | <b>Vision</b> Acuité visuelle avec correction :<br>De loin : œil droit ..... œil gauche .....<br>De près : œil droit ..... œil gauche ..... |   | Acuité visuelle sans correction :<br>De loin : œil droit ..... œil gauche .....<br>De près : œil droit ..... œil gauche ..... |   |
|   | Restriction du champ visuel<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser)   |   |   |   |
|   | Périmètre de marche : <input type="checkbox"/> supérieur à 200 m <input type="checkbox"/> inférieur à 200m                                  |   |   |   |
| <b>Audition</b> Perte de l'acuité auditive sans correction :<br>oreille droite ..... oreille gauche .....   |   | Perte de l'acuité auditive avec correction :<br>oreille droite ..... oreille gauche ..... |   | Mesure de l'intelligibilité avec correction .....<br>Mesure de l'intelligibilité sans correction .....<br>(audiogramme vocal)               |
| Description clinique (en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel, ainsi que le cas échéant les résultats d'examens paracliniques significatifs) |   |   |   |   |

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

|           |  |  |   |
|-----------|--|--|---|
| Symptômes | <b>Symptômes majorant les déficiences et incapacités</b>   |  |   |
|           | <p><i>Préciser : retentissement psychologique, asthénie, fatigabilité, lenteur, douleur, spasticité, amaigrissement, œdèmes, troubles du transit, nausées, prurit, toux ou expectoration ... préciser si ces symptômes sont dus au traitement.</i></p> |  |   |
| Evolution | <b>Durée prévisible des limitations fonctionnelles</b>   | <b>Tendance évolutive (appréciation globale)</b>   | <b>Si renouvellement, évolution depuis la précédente demande :</b>  |
|           | <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> <1an<br><i>préciser :</i>   | <input type="checkbox"/> Amélioration<br><input type="checkbox"/> Stabilité<br><input type="checkbox"/> Aggravation<br><input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante<br><input type="checkbox"/> Risque vital | <input type="checkbox"/> Amélioration<br><input type="checkbox"/> Stabilité<br><input type="checkbox"/> Aggravation |

|   |   |               |               |               |
|---|---|---------------|---------------|---------------|
| Récapitulatif des déficiences               | <i>(les plus importantes ou ayant un retentissement en terme de limitations d'activité - cf nomenclature)</i> |               |               |               |
|   |   | Déficiences 1 | Déficiences 2 | Déficiences 3 |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles et cognitives  |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences du psychisme   |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences auditives  |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences du langage   |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences visuelles  |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences viscérales   |               |               |               |
|   | <input type="checkbox"/> Déficiences motrices   |               |               |               |
| <input type="checkbox"/> Autres déficiences |   |               |               |               |
| <b>Déficience principale :</b>              |   |               |               |               |

|                 |   |   |  |  |
|-----------------|---|---|--|--|
| Prise en charge | <b>Traitement régulier :</b> <input type="checkbox"/> non<br><input type="checkbox"/> oui   | <i>Préciser la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance...</i> |  |  |
|                 | <b>Prises en charges régulières :</b><br><input type="checkbox"/> non<br><input type="checkbox"/> oui<br><br><i>Préciser la nature, la fréquence...</i> | <input type="checkbox"/> Consultations médicales régulières spécialisées ou non ( <i>préciser</i> )                       |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées ( <i>préciser</i> )                                   |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute   |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Infirmier  |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Orthophoniste  |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Psychologue  |  |  |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute   |  |  |
|                 | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>préciser</i> )  |   |  |  |

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

|                                |   |                        |   |                  |
|--------------------------------|---|------------------------|---|------------------|
| Prise en charge                | Autres soins réguliers : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui<br><i>Préciser les soins concernés :</i> |                        |   |                  |
|                                | Nécessité d'assurer une prévention : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui                              |                        |   |                  |
|                                | <i>Si oui préciser les actes</i>  | <i>auto prévention</i> | <i>prévention réalisée par un tiers</i> | <i>fréquence</i> |
|                                | <input type="checkbox"/> Cutanée  |                        |   |                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Urinaire et intestinale  |                        |   |                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Pulmonaire   |                        |   |                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Circulatoire   |                        |   |                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Orthopédique   |                        |   |                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Thermique  |                        |   |                  |
| <input type="checkbox"/> Autre |   |                        |   |                  |
| <i>précisions :</i>            |   |                        |   |                  |

|                                 |   |                 |
|---------------------------------|---|-----------------|
| Contraintes                     | Existence de soins ou de traitements nocturnes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>si oui préciser la nature et la fréquence</i> |                 |
|                                 | Autres contraintes liées aux traitements ou aux soins : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui   | <i>Préciser</i> |
|                                 | <input type="checkbox"/> Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance  |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Temps consacré aux soins   |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Horaires   |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Voies d'administration   |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Apprentissage de technique   |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Assistance d'un tiers  |                 |
|                                 | <input type="checkbox"/> Charge affective   |                 |
| <input type="checkbox"/> Autres |   |                 |

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Contraintes   | <b>Présence d'un appareillage :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui<br><i>Précisions sur l'appareillage, son adaptation, sa tolérance, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser</i> |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Petit appareillage ( <i>préciser</i> )   |   | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Grand appareillage ( <i>préciser</i> )   |   | <input type="checkbox"/> Stomie digestive                                   |
|   | <input type="checkbox"/> 1 canne  |   | <input type="checkbox"/> Alimentation par gastro ou jéjunostomie            |
|   | <input type="checkbox"/> 2 cannes, déambulateur   |   | <input type="checkbox"/> Trachéotomie                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant   |   | <input type="checkbox"/> Appareil de ventilation ( <i>préciser</i> )        |
|   | <input type="checkbox"/> Appareil auditif   |   | <input type="checkbox"/> Dépendance à une autre machine ( <i>préciser</i> ) |
|   | <input type="checkbox"/> Stomie urinaire  |   | <input type="checkbox"/> Autres appareillages ( <i>préciser</i> )           |
|   | <b>Contraintes alimentaires :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui<br><i>Préciser : régime, alimentation adaptée...</i>  |   |   |
|   | <b>Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser</i>   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Froid  |   | <input type="checkbox"/> Agents infectieux                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Chaleur  |   | <input type="checkbox"/> Stress   |
|   | <input type="checkbox"/> Intempéries  |   | <input type="checkbox"/> Bruit  |
|   | <input type="checkbox"/> Humidité   |   | <input type="checkbox"/> Luminosité   |
| <input type="checkbox"/> Poussières   |   | <input type="checkbox"/> Foule                      |   |
| <input type="checkbox"/> Agents chimiques   |   | <input type="checkbox"/> Autres ( <i>préciser</i> ) |   |
| <b>Autres contraintes :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser</i> |   |   |   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Réadaptation fonctionnelle | <input type="checkbox"/> Sans objet<br><input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Préconisée |
|----------------------------|--|

|                  |   |
|------------------|---|
| Autres questions | <b>Conduite addictive :</b> Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques ( <i>préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...</i> )<br><input type="checkbox"/> consommation <input type="checkbox"/> abus <input type="checkbox"/> intoxication |
|------------------|---|

# guide d'évaluation

## VOLET 6

### VOLET ACTIVITÉS, CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Nom de la  
personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour les activités citées ci-dessous, permettant l'appréciation de l'éligibilité à la prestation de compensation en général et à l'élément d'aide humaine en particulier (selon l'annexe 2-5 du CASF), la capacité fonctionnelle (*appréciation des capacités fonctionnelles de la personne en dehors de toute assistance humaine ou matérielle, et selon les capacités attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé*) est également cotée selon les modalités suivantes, en référence à la CIF :

"0" : Pas de difficulté

"1" : Difficulté légère

"2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave

"4" : Difficulté absolue

"9" : Sans objet

Chaque domaine fait l'objet d'une **cotation globale des éventuelles difficultés** rencontrées par la personne selon les modalités suivantes :

"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

Pour les domaines ayant été cotés "oui", chaque activité principale et, le cas échéant en fonction des besoins, les activités secondaires, font l'objet d'une cotation

- **De la réalisation effective** (*Appréciation des difficultés rencontrées, par la personne, lorsqu'elle réalise effectivement une activité, en situation réelle de vie, et selon les réalisations attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé, en tenant compte notamment de la fatigabilité, la lenteur, la douleur, ...*) selon les modalités suivantes

"A" : Activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté

"B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

"C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

"D" : Activité non réalisée

- **De l'environnement** influant sur la réalisation effective de cette activité selon qu'il est «**facilitateur**» ou «**obstacle**» (*en indiquant par une coche les aides et soutiens (aide humaine, aide technique, etc.) dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation (facilitateurs) ainsi que les facteurs environnementaux qui actuellement contribuent aux difficultés de la personne dans la réalisation effective des différentes activités (obstacles)*) selon les modalités suivantes :

"H" : Environnement humain

"T" : Environnement Technique

"L" : Logement

"S" : Services

"A" : Environnement animal

- Pour tous les domaines et toutes les activités, il convient de préciser :

Lorsque l'environnement humain est facilitateur et s'il y a lieu : le temps quotidien d'aide effective constatée

Lorsque l'environnement technique est facilitateur : le Code ISO 9999 ou LPP s'il y a lieu (s'il s'agit d'une aide technique référencée)









Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

## Communication

Difficulté :  "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)  
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)  
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté  
 "1" : Difficulté légère  
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave  
 "4" : Difficulté absolue  
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté  
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle  
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière  
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain  
 "T" : Environnement Technique  
 "L" : Logement

"S" : Services  
 "A" : Environnement animal

| Capacité |   |   |   |   |   | Réalisation effective  |   |   |   | Facilitateurs |   |   |   |   | Obstacles |   |   |   |   | Observations |  |
|----------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|--------------|--|
| 0        | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | A  | B | C | D | H             | T | L | S | A | H         | T | L | S | A |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.1 - Parler</b>  |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.2 - Entendre (percevoir les sons et comprendre)</b>           |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.2.1 - Entendre des sons  |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.2.2 - Comprendre la parole en face à face                        |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.2.3 - Comprendre la parole dans un groupe                        |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.2.4 - Comprendre la parole en environnement bruyant              |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.2.5 - Localiser l'origine des sons                               |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.3 - Voir (distinguer et identifier)</b>                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.4 - Utiliser des appareils et techniques de communication</b> |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.4.1 - Utiliser le téléphone                                      |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | 4.4.2 - Utiliser d'autres appareils et techniques de communication |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.5 - Comprendre une phrase simple</b>                          |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.6 - Mener une conversation</b>                                |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |
|          |   |   |   |   |   | <b>4.7 - Produire et recevoir des messages non verbaux</b>         |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |  |

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

## Vie domestique et vie courante

Difficulté :  "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)  
 "non" (i.e aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)  
 "oui" (i.e les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté  
 "1" : Difficulté légère  
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave  
 "4" : Difficulté absolue  
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté  
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle  
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière  
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain  
 "T" : Environnement Technique  
 "L" : Logement

"S" : Services  
 "A" : Environnement animal

|  | Réalisation effective |   |   |   | Facilitateurs |   |   |   |   | Obstacles |   |   |   |   | Observations |
|--|-----------------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|--------------|
|  | A                     | B | C | D | H             | T | L | S | A | H         | T | L | S | A |              |
| 5.1 Faire ses courses  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.2 Préparer un repas simple   |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.3 Faire son ménage   |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.4 Entretenir son linge et ses vêtements  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.5 S'occuper de sa famille  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.6 Gérer son budget, faire les démarches administratives  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.6.1 Gérer son argent au quotidien  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.6.2 Gérer son compte bancaire  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.6.3 Faire des démarches administratives  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.7 Vivre seul dans un logement indépendant  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.8 Avoir des relations informelles de voisinage   |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.9 Participer à la vie communautaire, sociale et civique  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.9.1 Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.9.2 Exprimer une demande liée à ses droits   |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.9.3 Participer à la vie locale   |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 5.10 Partir en vacances  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

## Application des connaissances, apprentissage

- Difficulté :  "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)  
 "non" (aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)  
 "oui" (les différents items du domaine sont à examiner)

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté

"B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

"C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

"D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain

"T" : Environnement Technique

"L" : Logement

"S" : Services

"A" : Environnement animal

|                                 | Réalisation effective |   |   |   | facilitateurs |   |   |   |   | obstacles |   |   |   |   | Observations |
|---------------------------------|-----------------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|--------------|
|                                 | A                     | B | C | D | H             | T | L | S | A | H         | T | L | S | A |              |
| 6.1 - Lire                      |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 6.2 - Ecrire                    |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 6.3 - Calculer                  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 6.4 - Acquérir un savoir-faire  |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |
| 6.5 - Appliquer un savoir-faire |                       |   |   |   |               |   |   |   |   |           |   |   |   |   |              |

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Points saillants à porter à la connaissance de la CDAPH

Relatifs au projet de vie exprimé par la personne (aspirations, besoins, souhaits) et à son évolution éventuelle au cours du processus d'évaluation

Relatifs à sa situation familiale

Relatifs à sa situation sociale

Relatifs à son autonomie

Relatifs, le cas échéant, à sa situation scolaire ou de formation initiale

Relatifs, le cas échéant, à sa situation de travail ou à sa formation professionnelle

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

## Echanges avec la personne handicapée à propos de l'évaluation

## Eléments relatifs aux critères d'éligibilité et permettant à la CDAPH de se prononcer

Déficiences et leur retentissement :

 Cécité Surdité (> 70db bilatéral)

Retentissement des altérations de fonctions sur les capacités de travail ou l'accès à l'emploi :

Retentissement des altérations de fonctions sur les activités :

 Difficulté(s) absolue(s) sur les activités suivantes : Difficulté(s) grave(s) sur les activités suivantes :

Retentissement des altérations de fonctions sur la mobilité pédestre et les déplacements à l'extérieur :

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

## Mise en évidence des besoins de compensation

| Besoins identifiés   | Détail | Réponses envisagées |
|--|--------|---------------------|
| <b>1 Besoins en matière de soins</b>                             |        |                     |
| <b>2 Besoins en matière d'autonomie</b>                          |        |                     |
| Pour accomplir ses actes essentiels (y compris les déplacements) |        |                     |
| Pour accomplir ses activités domestiques                         |        |                     |
| Pour vivre dans un logement                                      |        |                     |
| Pour mener sa vie d'élève  |        |                     |
| Pour vivre sa vie d'étudiant                                     |        |                     |
| Pour avoir des activités de jour                                 |        |                     |
| Pour s'insérer professionnellement                               |        |                     |
| Pour accéder à ses droits  |        |                     |
| Pour mener une vie sociale                                       |        |                     |
| <b>2.2 Besoins transversaux en matière d'autonomie</b>           |        |                     |
| Pour communiquer   |        |                     |
| Pour assurer sa sécurité   |        |                     |
| Pour un répit des parents et des aidants                         |        |                     |
| Pour assurer une présence des parents ou des aidants             |        |                     |
| <b>3 Besoins en matière de ressources</b>                        |        |                     |
| <b>4 Autres besoins</b>  |        |                     |