

ÉVALUATION DE LA SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Madame, Monsieur,

Pour une meilleure compréhension de votre situation et une meilleure évaluation de vos droits par la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Oise dans le cadre d'un handicap d'origine psychique, vous trouverez ci-joint trois questionnaires facultatifs à remplir :

- le questionnaire 1 : **que vous devez remplir pour préciser vos aides actuelles et exprimer vos besoins,**
- le questionnaire 2 : **à faire remplir par votre médecin et l'équipe soignante qui vous suit,**
- le questionnaire 3 : **à compléter par votre entourage, avec votre accord.**

Si besoin, vous pouvez faire appel à un(e) assistant(e) de service social(e) pour vous aider à remplir les documents.

Le dossier doit être envoyé à l'adresse :

**Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Oise
1, rue des Filatures
CS 10 628
60006 BEAUVAIS CEDEX**

Ces trois questionnaires sont à joindre à votre formulaire de demande à tout moment.

Bien que non obligatoires, ils sont fortement conseillés.

La MDPH de l'Oise

Mon Nom Prénom

N° dossier MDPH

Mon adresse

.....

Je souhaite que la MDPH examine ma situation et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne.

LES AIDES ACTUELLES

Je reçois de l'aide pour : *(Précisez la fréquence)*

- La préparation de mes repas
- L'entretien de mon linge
- L'entretien de mon logement
- La toilette
- L'habillage
- La gestion de mon budget
- L'accompagnement dans mes démarches administratives
- L'accompagnement :
- Dans certaines activités *(lesquelles)*
- Dans certains déplacements, pour me rendre : Chez le médecin Faire des courses

Autres (à préciser) :

Ces aides me sont apportées par :

- Ma famille Un(e) ami(e) Un travailleur social Une aide à domicile
- Mon Curateur/Tuteur Service de transport (taxi, navette communale, transport adapté du Conseil Départemental...)
- Autres (à préciser) :

Je suis isolé(e)

Auriez-vous besoin d'aides complémentaires ne relevant pas directement de la MDPH ? _____

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans ma vie quotidienne :

- Pour ma toilette
- Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
- Pour préparer mes repas
- Pour me loger
- Pour entretenir mon logement
- Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, intrusions, sectes, réseaux sociaux...)
- Pour avoir des ressources
- Pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (loyer, assurances, impôts, factures...)
- Pour penser à prendre mes médicaments
- Pour avoir un suivi médical régulier
- Pour m'aider à respecter les horaires
- Pour sortir de mon domicile
- Pour utiliser les transports en commun
- Pour conduire mon véhicule
- Pour effectuer mes démarches administratives
- Pour faire des courses
- Autres (à préciser)

Expression libre :

Je souhaite formuler les observations ou remarques suivantes :

Fait à : Le ://

Signature du demandeur* :

* Seul le demandeur peut signer ce questionnaire mais il peut être renseigné avec l'aide d'un tiers.

2 QUESTIONNAIRE À DESTINATION DU MÉDECIN ET DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE CONCERNANT UNE PERSONNE SOUFFRANT DE HANDICAP PSYCHIQUE

**Ce questionnaire est destiné à compléter le certificat médical (CERFA) obligatoire, qui doit être signé.*

Nom et prénom de l'intéressé(e) :
Date de naissance :
Domicilié(e) à :

1 - DESCRIPTION DES DÉFICIENCES ACTUELLES 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, délire, persévérations*
- Troubles de la perception**, à préciser : *illusions, hallucinations, déréalisation*
- Troubles de la communication**, à préciser : *logorrhée, maniérisme, 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* : *trouble dépressif ou hypomaniaque, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque, état mixte*
- 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* : *trouble 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*
- Expressions somatiques des troubles psychiatriques**, à préciser
- Troubles associés et addictions**, à préciser

Autres critères secondaires :

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles

Si hospitalisation (s) antérieure(s), préciser les dates

Retentissement relationnel sur la vie sociale et affective à préciser *si troubles bien acceptés par l'entourage, isolement, marginalisation ou dépendance totale*

2 – TRAITEMENT EN COURS

Adhésion au traitement OUI NON

Autonomie vis à vis du traitement OUI NON

Effets secondaires OUI NON

Si oui, lesquels :
.....
.....

3 – PRISE EN CHARGE ET SUIVI ACTUELS : (Cocher les mentions utiles)

AU NIVEAU MÉDICAL : (Cases à cocher)

Hospitalisation complète en cours

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

Hospitalisation à domicile

Depuis quand ?

Maison Communautaire

Depuis quand ?

Appartement thérapeutique

Depuis quand ?

Famille d'accueil thérapeutique

Depuis quand ?

Hôpital de jour

Depuis quand ?

Dans quel établissement ?

Fréquence :

Suivi ambulatoire

Cabinet libéral, à quel rythme ?

Centre Médico-Psychologique, à quel rythme ?

Consultations en psychiatrie, à quel rythme ? :

C.A.T.T.P. (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel)

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

à quel rythme ? :

Ateliers thérapeutiques

Depuis quand ? Dans quelle structure ?

Centre d'activité de jour hospitalier

Depuis quand ? à quel rythme ? :

Autre (à préciser ex : Hospitalisation de nuit, CRISALID, UPSR ...)

Depuis quand ?

AU NIVEAU SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL : (Cases à cocher)

GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle)

Depuis quand ? Avec quel organisme / association ?
à quel rythme ?

SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

Depuis quand ? Avec quel organisme / association ?
à quel rythme ?

SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

Depuis quand ? Avec quel organisme / association ?
à quel rythme ?

Famille d'Accueil du Conseil Départemental

Depuis quand ?

Foyer d'Hébergement

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

Foyer de Vie

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Depuis quand ? Dans quel établissement ?

Autres aides apportées

Entourage et/ou famille

Autre (à préciser) :

4 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)

Activités	Fait seul(e)	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					

HABILETÉS SOCIALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION

Activités	Fait seul(e)	Fait avec aide / sollicitation	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				

VIE QUOTIDIENNE

Activités	Fait seul(e)	Fait avec aide / sollicitation	Ne fait pas	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				
Utiliser les transports en commun				
Conduire un véhicule				
Partir en vacances				

5 – APTITUDE AU TRAVAIL

Quel est votre avis sur l'aptitude de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ?

(Par exemple, impossible actuellement / possible vers le milieu ordinaire, (simple, accompagné ou protégé) / à temps partiel ou complet / pré-orientation / formation...)

.....

• Retentissement de la pathologie et des traitements sur l'exercice d'une activité professionnelle (ou accès à celle-ci) :

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fatigabilité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> possible |
| <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> possible |
| <input type="checkbox"/> Respect des horaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> possible |
| <input type="checkbox"/> Respect des consignes | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> possible |
| <input type="checkbox"/> Capacité à travailler en équipe | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> possible |

Date : Signature et cachet du Médecin :

Equipe soignante :

Nom : Prénom : Fonction :

Signature :

3 QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DE L'ENTOURAGE

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les différents domaines de sa vie quotidienne, afin de déterminer les aides les mieux adaptées à ses besoins.

Ce document est à remplir par l'aidant qui vit en grande proximité de la personne (un membre de sa famille, une personne référente...)

Vous répondez à ce questionnaire concernant : M^{me} M.

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

En qualité de : Membre de la famille. Précisez le lien de parenté :

Représentant légal (tuteur, curateur)

Autre. Précisez :

Vous vivez avec la personne concernée : oui non Fréquence des contacts :

Votre Nom : Votre Prénom :

Votre adresse :

Code postal : Ville :

Merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation. Vous pouvez ajouter des éléments dans la colonne « Observations ».

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)						
	Fait seul(e)	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui (elle)	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Se laver						
S'habiller / Se déshabiller						
Prendre ses repas						
Prendre soin de sa santé						
Prendre soin de sa personne						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser les transports en commun						
Conduire un véhicule						

VIE QUOTIDIENNE						
	Fait seul(e)	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui (elle)	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Faire ses courses						
Préparer un repas simple						
Faire son ménage						
Entretenir son linge et ses vêtements						
S'occuper de sa famille						
Gérer son budget						
Faire les démarches administratives						
Vivre seul dans un logement indépendant						
Avoir des relations de voisinage						
Participer à la vie sociale et civique						
Partir en vacances						
Occuper sa journée						
Avoir des activités de loisirs à l'extérieur						

HABILETÉS SOCIALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION

	Fait seul(e)	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
Se repérer dans le temps (journée, saison...)				
S'orienter dans l'espace (retrouver son chemin, se repérer dans des lieux connus)				
Fixer son attention				
Mémoriser				
Prendre des décisions				
Prendre 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				
Mener une conversation				

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de l'Oise (contexte familial et social, emploi, logement, ressources...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) Madame Monsieur autorise la personne désignée, à transmettre ce formulaire complété et à le joindre à la demande adressée à la MDPH de l'Oise.

Date Date

Signature de la personne
concernée par le questionnaire :

Signature de la personne
de l'entourage :

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 de données vous concernant qui s'exerce par courrier électronique : mdph.contact@oise.fr ou par courrier postal à l'intention du Correspondant Informatique et Liberté de la MDPH, 1 rue des Filatures, CS 10 628, 60006 BEAUVAIS CEDEX, accompagné d'une copie d'un titre d'identité. Numéro vert : 0800.894.421- Fax 03.44.15.05.32.