



## Présentation du questionnaire d'accueil

Il est long ce questionnaire..... C'est vrai ! Ne vous effrayez pas !

Nous allons bientôt vous rencontrer pour un entretien d'accueil, pour faire votre connaissance et construire l'accompagnement dont vous avez envie ou besoin.

En vous envoyant ce questionnaire bien long, nous cherchons à gagner le maximum de temps pour échanger avec vous, et ne pas mettre trop de temps à des nécessités administratives.

Peut-être ne saurez-vous pas répondre à toutes les questions et cela n'est pas grave. Lors de l'entretien d'accueil, vous nous ferez part des difficultés rencontrées ou des questions qui se sont posées à vous.

Notez vos questions, soulignez ce que vous ne savez pas ou ce qui vous questionne, nous en discuterons avec vous.

Parce que vous aurez réfléchi au préalable à ces questions, nous aurons plus de temps ensemble pour un échange verbal autour de vos besoins, ce qui est bien plus intéressant que toutes ces données administratives.

Nous avons fait un questionnaire le plus large possible afin d'éviter que chaque professionnel ne vous pose les mêmes questions, dans les différents services de l'AFTC. Avec votre autorisation, nous le ferons circuler entre les professionnels, pour que chacun en tire déjà des enseignements, et puisse avoir avec vous un véritable échange.

Si vous souhaitez être soutenu(e) dans le suivi médical, merci de rapporter lors de l'entretien, tous les éléments médicaux (rapports et comptes rendus d'examens).

N'hésitez pas à emmener autant de documents administratifs que vous voulez, vous pourrez faire des photocopies dans nos services, si vous le souhaitez.

C'est avec plaisir que nous ferons votre connaissance bientôt,

**Thérèse LODEL**  
Directrice AFTC



## Renseignements généraux

La personne blessée :

Monsieur / Madame (Rayer la mention inutile)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Lieu de naissance : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Téléphone fixe privilégié : .....

Téléphone portable privilégié : .....

E-mail : .....

Adhérent AFTC ALSACE      Adhérent GEM(Illkirch/Haguenau)      Non adhérent

Langue usuelle : .....

Nombre d'enfant : .....

<b>Réservé à l'AFTC</b>
<b>Date de l'entretien :</b>
<b>Présent à l'entretien</b>

Nom	Prénom	Age	Adresse	N° téléphone

N° de sécurité sociale : .....

N° MDPH : .....

N° CAF : .....

Mutuelle :

Nom : .....

Adresse : .....

N° adhérent : .....

**(Merci de prévoir une copie des documents)**



Assurance responsabilité civile :

Nom : .....

Adresse : .....

N° adhérent : .....

Caisse de retraite :

Nom : .....

Adresse : .....

N° adhérent : .....

Caisse complémentaire :

Nom : .....

Adresse : .....

N° adhérent : .....

### Mesure de Protection

- Non  si oui cocher  Tutelle  
En cours de demande   Curatelle simple  
 Curatelle renforcée  
 Sauvegarde de

Coordonnées du représentant ou de l'organisme tutélaire :  
.....  
.....

**(Merci de prévoir une copie des documents)**

### Personne de confiance à contacter en cas d'urgence

**(Cette personne n'est pas nécessairement un membre de la famille)**

Nom : .....

Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Est-ce vous qui recevez les courriers ? Oui  Non

Est-ce vous qui y répondez ? Oui  Non

Avez-vous besoin d'aide pour répondre à certaines tâches administratives et sociales ?

Oui  Non

Etes-vous autonome dans la gestion de votre argent Oui  Non

Pouvez-vous vous rendre seul à la banque ? Oui  Non

Quelle est votre banque ? .....



## Origine du handicap

Circonstances de l'accident :

.....  
.....  
.....

Origine de la lésion :

.....  
.....  
.....

Date de l'accident : .... / .... / .....

Durée du coma : .....

Types de handicap :

.....  
.....

Séquelles principales :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mémoire                                  | <input type="checkbox"/> Fatigabilité  | <input type="checkbox"/> Persévération |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement                 | <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Désinhibition |
| <input type="checkbox"/> Autres (Violences, agressivité, etc....) |  |  |

Durée de l'hospitalisation : .....

Nom de l'hôpital : .....

Nom du médecin : .....

Date de sortie d'hôpital : .....

Durée du Centre de Rééducation : .....

Nom du centre : .....

Nom du médecin : .....

Date de sortie du centre : .....

Parcours depuis votre sortie de l'hôpital ou du centre de rééducation :

.....  
.....  
.....



Qu'est ce qui est le plus handicapant pour vous aujourd'hui :

.....  
.....  
.....



## Portrait de la personne à accompagner

### Avant l'accident

Célibataire

Marié

Divorcé

Autres

Profession :

.....  
.....  
.....

Les centres d'intérêts :

.....  
.....  
.....

### Après l'accident

Célibataire

Marié

Divorcé

Autres

Si la situation de la famille a changé, à quelle date ? .....

Situation vis-à-vis de l'emploi :

.....  
.....  
.....

### Personnalité

Points forts :

.....  
.....  
.....

Points faibles :

.....  
.....  
.....

**Loisirs :**

Oui

Non

Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....



Quelles sont les capacités de la personne à :

	1	2	3	4	5	Observations
S'occuper seule en journée						
Apprécier la vie en groupe						
Etre volontaire pour des activités en groupe						
Prendre des initiatives						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie.

Centres d'intérêt de la personne :

.....  
 .....  
 .....

Compétences particulières de la personne :

.....  
 .....  
 .....

Informations particulières de la personne :

.....  
 .....  
 .....

Partagez vos préoccupations en tant que personne cérébrolésée :

.....  
 .....  
 .....

Description d'une journée type :

.....  
 .....  
 .....  
 .....



Souhait d'évolution de la personne :

.....  
.....  
.....  
.....

Attentes par rapport aux services de l'AFTC ALSACE :

.....  
.....  
.....  
.....





## Le projet de la personne à accompagner :

A court terme :

.....  
.....  
.....

A moyen terme :

.....  
.....  
.....

A long terme :

.....  
.....  
.....

Jour de présence souhaitée à l'accueil de jour :

.....  
.....

Jour de présence souhaitée au SAMSAH :

.....  
.....

Date d'entrée dans le service :

.....  
.....



## Les proches aidants

**Si votre proche vient à l'Accueil de jour, vous vous engagez à :**

- Participer à la construction du parcours d'accompagnement personnalisé, réalisé après la phase d'observation de votre proche en apportant régulièrement des observations de situations de votre proche à domicile (améliorations, évolutions, dégradations, difficultés,.....)
- Soutenir le projet de votre proche au-delà de l'Accueil de Jour notamment au domicile
- Faire part régulièrement à l'équipe de vos difficultés
- Nous concerter sur les approches possibles
- Venir à 2 réunions annuelles collectives pour prendre connaissance de ce qui se fait à l'Accueil de Jour pour votre proche

**Si vous souhaitez un soutien et un accompagnement par le SAMSAH, vous auriez besoin de :**

- Conseil sur le plan médical
- Conseil sur le plan administratif
- Conseil sur le plan hygiène / vie quotidienne
- Etre accompagné(e) pour .....

Partagez vos préoccupations en tant que famille :

.....  
.....  
.....

Expression libre sur votre quotidien avec la personne à accompagner :

.....  
.....  
.....

Quels sont les principaux défis que vous rencontrez au quotidien ?

.....  
.....  
.....

Enumérez quelques situations problématiques qui sont importantes pour vous et décrivez en une, le plus précisément possible :

.....  
.....  
.....  
.....



Description d'une journée type :

.....  
.....  
.....  
.....

Quelles sont les aides ou soutiens déjà en place ?

.....  
.....  
.....

Quel soutien supplémentaire avez-vous besoin dans votre accompagnement ?

.....  
.....  
.....

Quels sont vos souhaits d'évolution par rapport à la personne à accompagner :

.....  
.....  
.....

Quelles sont vos attentes par rapport aux services de l'AFTC ALSACE :

.....  
.....  
.....

Dans le cadre d'un parcours accompagné, à la réalisation du projet de votre proche, vous vous engagez à :

- Participer à la construction du parcours
- Etre présent lors des entretiens réguliers avec le référent du SAMSAH
- Soutenir votre proche dans le développement de son projet en vous adaptant aux moyens mis en place
- A répondre aux questionnaires qualité qui vous seront adressés

Etre soulagé(e) de .....

Trouver un lieu d'échange

Quelles sont les ressources de votre environnement auquel vous pourriez faire appel ?

.....  
.....  
.....



## Volet accompagnement

### Travailleurs sociaux : Assistante sociale, Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Service (CCAS, SAMSAH)

### Prestataires extérieures (intervention d'AVS au domicile)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....

.....

Téléphone : .....

Nombre d'heure par mois :

.....

.....

Accompagnement pour :

.....

.....



## Vie quotidienne

### Alimentation

Alimentation :

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonomie            | <input type="checkbox"/> Supervision |
| <input type="checkbox"/> Dépendance partielle |                                      |
| Quelle aide nécessaire : .....                |                                      |
| <input type="checkbox"/> Dépendance totale    |                                      |

Texture des aliments :

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hachés                      | <input type="checkbox"/> Mixés |
| <input type="checkbox"/> Pas de texture particulière |                                |

Risque de fausse route :

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Allergies :

.....  
.....

Régime particulier :

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Sans sel    |
| <input type="checkbox"/> Sans sucre | <input type="checkbox"/> Sans gluten |
| <input type="checkbox"/> Hépatique  | <input type="checkbox"/> Végétarien  |
| <input type="checkbox"/> Végétalien |                                      |

En cas de régime stipulé par le médecin peut-être sera-t-il nécessaire d'apporter son repas :

.....  
.....

Boisson :

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonomie            | <input type="checkbox"/> Supervision |
| <input type="checkbox"/> Dépendance partielle |                                      |
| Quelle aide nécessaire : .....                |                                      |
| <input type="checkbox"/> Dépendance totale    |                                      |

Particularités :

.....  
.....

Heure du petit déjeuner, habitudes :

.....  
.....

Plats préférés ?

.....

Plats non aimés ?

.....



Autres ?

.....

Quelles sont les capacités de la personne à :

	1	2	3	4	5	Observations
Couper les aliments						
Manger seul(e)						
Préparer un repas (besoin ou non d'une liste de tâches)						
Mettre en place la table						
Débarrasser la table						
Nettoyer la table						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie.

Particularités :

.....  
 .....

Aide aux toilettes (transfert) :

- Totale
- Supervision
- Partielle
- Non

Incontinence urinaire :

- Oui
- Non

Incontinence fécale :

- Oui
- Non

Commentaires :

.....  
 .....

**Habillage – Déshabillage**

- Totale
- Supervision
- Dépendance partielle
- Dépendance totale



Indiquer ce que la personne peut faire et/ou le type d'aide nécessaire :

.....  
.....

Port de bas de contention :

Oui

Non

	1	2	3	4	5	Observations
Capacité à s'habiller seul(e)						
Capacité à choisir ses vêtements selon la météo						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie.



## Hygiène et toilette quotidienne

- Autonome  Dépendance partielle  
 Supervision  Dépendance totale

Indiquer ce que la personne peut faire et/ou le type d'aide nécessaire :

.....  
.....

Quelles sont les capacités de la personne à :

	1	2	3	4	5	Observations
Faire sa toilette seul(e)						
Besoin de stimulation						
Prend des initiatives						
Besoin de surveillance						
Se brosser les dents						
Se coiffer						
Se raser						
Se faire les soins des ongles						
Se maquiller						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie.





## Déplacement

- Marche  Fauteuil roulant  
 Gestion du déplacement par intervenant

Aide pour se lever de son lit :

- Oui  Non

Aide pour se tenir debout :

- Oui  Non

Quelles sont les capacités de la personne à :

	1	2	3	4	5	Observations
S'orienter dans l'espace						
Se déplacer en autonomie						
Prendre les transports en commun						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie

Transferts :

- Autonomie  Dépendance partielle  
 Supervision  Dépendance totale

Matériels utilisés :

- Canne  Bâton  
 Déambulateur

Autres :

.....  
 .....

Particularité :

.....  
 .....

## Repos – Sommeil

Aide pour le coucher :

- Oui  Non

Habitudes/rituels pour le coucher :

- Oui  Non



Commentaires :

.....  
.....

Besoins particuliers :

Oui

Non

Commentaires :

.....  
.....

**Aides techniques à domicile**

Verticalisateur

Lève personne

Siège de douche

Couverts et vaisselles adaptés

Lit médicalisé :

Oui

Non

Autres installations :

.....  
.....

Autres installations :

.....  
.....



## Tâches quotidiennes

Quelles sont les capacités de la personne à :

	1	2	3	4	5	Observations
Evaluer la nécessité de faire le ménage						
A faire le ménage						
A ranger						
A nettoyer un meuble, une table						
Choisir le produit adéquat						
A trier du linge						
A mettre en route une machine						
A faire sécher le linge						
A plier/repasser et ranger le linge						
A faire la liste de courses						
Faire les courses						
Ranger les courses						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie



## Volet soins

### Médicaments

Prise de médicaments :

Oui

Non

A quelle heure se fait la prise des médicaments ?			
Matin	Midi	Soir	Coucher

### \* Joindre la copie de l'ordonnance actuelle

Capacité à prendre ses médicaments (selon prescription)

	1	2	3	4	5	Observations
Reconnaissance du bon médicament						
Quantité à prendre						
Heure de prise du médicament						

1 signifie que la personne est en totale capacité de faire seule, est autonome.

5 signifie que la personne nécessite un accompagnement dans tous les actes de sa vie

Y a-t-il des soins à domicile ? Lesquels

.....

.....

Par qui ? (coordonnées) :

.....

.....



## Volet médical

### Médecin traitant

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Éléments médicaux indispensables à la prise en charge selon vous :

.....

.....

.....

.....

### Autres intervenants

#### Psychiatre :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Fréquence de suivi : .....

#### Orthophoniste :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Fréquence de suivi : .....

#### Kinésithérapeute :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Fréquence de suivi : .....



## Autres

Spécialiste	Nom – Prénom	Téléphone	Adresse	Fréquence de suivi
Ophthalmologiste				
Dentiste				
Gynécologue				
Neurologue				
ORL				
Psychologue				
Infirmière à domicile				



## Ressources

Nature	Somme mensuelle
AAH + complément	
Pôle Emploi (ARE / ASP)	
Indemnités journalières	
Salaire	
RSA	
Revenu non salarié	
Ressource du conjoint	
Pension d'invalidité (catégorie 2)	
Majoration pour la vie autonome	
Compléments ressources	
Revenu fiscal de référence (N-2) <b>N=2016 / N-2=2014</b> (copie avis d'imposition)	
Rente	



## Droits MDPH

Type	Date de début	Date de fin	Commentaire(s)
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)			
Orientation-reclassement professionnel (ORP)			
Allocation aux adultes handicapés (AAH)			
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)			
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)			
Carte d'Invalidité (CI)			
Carte de stationnement pour personne handicapé (SDP)			
Orientation vers un service ou établissement médico-social			Précisez vers lesquels
Autres (Précisez) :			





## Volet communication

### Communication – Troubles associés

Comment se manifestent les troubles de la communication :

.....  
.....

### La personne s'exprime :

Sans difficultés :

- Oui  Non

Avec difficultés :

- Oui  Non

Lesquelles ? .....

Aide matérielle :

- Oui  Non

Laquelle ? .....

La personne est aphasique (ne trouve pas ses mots) :

- Oui  Non

- La personne comprend les propos et les retient ou s'organise pour les retenir sans supervision/rappel réguliers

Commentaires éventuels : .....

- La personne comprend les propos et ne les retient pas

Commentaires éventuels : .....

La personne à tendance à :

- Affabuler
- Etre dans la confusion
- Etre dans la persévération
- La personne à la capacité de transmettre des informations correctes
- La personne a du mal à prendre l'initiative de la conversation
- Les propos tenus par la personne doivent être validés par un tiers
- La personne doit être accompagnée par un tiers pour représenter ou défendre ses intérêts
- La personne a des capacités de raisonnement réduites
- La personne est en capacité d'exprimer son parcours de soin

Commentaires : .....



## Votre demande / vos besoins

Date d'entrée dans le service : ...../...../.....

Possibilité de fréquenter l'Accueil de Jour	Soutien accompagnement par le SAMSAH
Nombre de jours souhaités par semaine	Pour quels besoins ?
Journée préférentielle	Jours et heures qui vous arrangent le mieux pour un rendez-vous ?

26

Comment allez-vous vous déplacer vers ce service ?

### Accueil de jour

- Par vos propres moyens
- En sollicitant le transport de l'Accueil de Jour
- Avec un proche sans prise en charge
- Avec un proche et prise en charge par la MDPH
- Avec votre AVS

### SAMSAH

- Par vos propres moyens
- Transport en commun
- Avec un proche sans prise en charge
- Avec un proche et prise en charge par la MDPH
- Avec votre AVS
- Avec Mobistras



## Documents à fournir

Merci d'apporter les documents suivants afin de pouvoir constituer votre dossier

- RIB
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie de la carte vitale
- Attestation de droit sécurité sociale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte de stationnement
- Certificat médical d'aptitude aux pratiques sportives
- Photocopie des dernières décisions notifiées par la MDPH
- Jugement de protection juridique pour les personnes concernées
- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Photocopie d'un justificatif de domicile (facture d'électricité, de gaz, de téléphone ...)
- Justificatifs de ressources
- Une fiche de paie