



Y a-t-il d'autres personnes (famille ou amis) qui sont en contact régulier avec la personne handicapée

---

---

---

---

---

Pouvez-vous citer trois évènements marquants de l'enfance et de l'adolescence de votre enfant?\*

---

---

---

---

---

Pouvez-vous citer trois évènements marquants de sa vie d'adulte?

---

---

---

---

---

Décrivez le milieu de vie actuel de votre enfant

\*Lorsque nous parlons de "enfant" ou de "personne", nous sommes conscients que dans certains cas, ce ne sont pas uniquement les parents, mais un frère, une sœur, un tuteur, une connaissance... qui seront amenés à remplir ce dossier

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Disposez-vous d'une attestation du bureau régional de l'AWIPH dont vous dépendez précisant catégorie de handicap de votre enfant?

(AWIPH: rue du Vertbois 23-25 4000 LIEGE Tél: 04/220.04.11)

**Attention: si non, il est indispensable de se mettre en ordre**

A quelle mutuelle est-il affilié? Pouvez-vous coller une vignette?

---

---

---

VIGNETTE

A quelle caisse d'allocations familiales êtes-vous affiliés?

---

---

---

Quel est le montant de la pension (ou allocation si moins de 18 ans)?

---

---

---

Quel est le statut juridique (minorité prolongée, administration provisoire de biens, tutelle ou et, le cas échéant, quels sont les nom, prénom et numéro de téléphone de son représentant l

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Coordonnées de la ( ou des) personne à prévenir si une place se libère:

---

---

---

---

---

## HYGIENE

	Seule	Aide partielle	Aide totale	
La personne se lave-t-elle				<b>COMMENTAIRES</b>
S'essuie-t-elle				
Se rase				
Se brosse les dents				
S'habille-t-elle				
Choisit ses vêtements				
Change de vêtements				
Met ses chaussures				
Se rend-t-elle aux toilettes?				

	OUI	NON	
Est-elle incontinente de jour? (urine)			<b>COMMENTAIRES</b>
Est-elle incontinente de nuit?			
Est-elle incontinente de jour? (selles)			
Est-elle incontinente de nuit?			

<b>Pour les femmes</b>	OUI	NON	
La personne est-elle réglée?			<b>COMMENTAIRES</b>
Utilise-t-elle un moyen contraceptif?			
Si OUI, lequel?.....			

## SOMMEIL

	OUI	NON	COMMENTAIRES
La personne a-t-elle besoin d'une sieste?			
A-t-elle des habitudes particulières avant de se coucher			
A-t-elle des difficultés pour s'endormir?			
A-t-elle peur de l'obscurité?			
A-t-elle des angoisses nocturnes?			
A-t-elle des insomnies?			
Se lève-t-elle la nuit?			
A-t-elle un lever difficile?			
Se lève-t-elle tôt? (préciser heure) ..... H.....			

## ALIMENTATION

	Seule	Aide Partielle	Aide totale	COMMENTAIRES
La personne mange-t-elle				
La personne boit-elle				

Faut-il préparer les aliments (couper, mixer, mouiller..)		

Si oui, précisez:

---



---



---



---

	OUI	NON
A-t-elle besoin d'un régime alimentaire particulier?		
Troubles de la déglutition?		
Gavage gastrique?		
Allergies alimentaires?		
Intolérances alimentaires?		

Précisez le régime, les allergies ou les intolérances

---



---



---



---

Quels sont ses préférences alimentaires?

---



---



---



---



## COMMUNICATION

	OUI	NON	COMMENTAIRES
La personne possède-t-elle le langage?			Précisez type de langage
Communique-t-elle par gestes?			
Communique-t-elle par cris?			
Autre moyen de communication?			
A-t-elle des problèmes d'audition?			
A-t-elle des problèmes de vue?			
Sait-elle lire?			
Sait-elle écrire?			

Quels sont les autres acquis (dus par exemple au parcours institutionnel et/ou scolaire)?

---



---



---



---

## DEPLACEMENTS

	Seule	Aide partielle	Aide totale	COMMENTAIRES
La personne marche-t-elle				
La personne monte-t-elle un escalier				
S'adapte-t-elle à des lieux nouveaux				
S'y repère-t-elle				

	OUI	NON
Utilise-t-elle une canne?		
Un déambulateur ou cadre de marche?		
Un fauteuil roulant manuel?		
Un fauteuil roulant électrique?		
A-t-elle des chaussures orthopédiques?		
A-t-elle le mal des transports?		

## COMPORTEMENT ET RELATIONS

	OUI	NON	
La personne a-t-elle des rituels?			<b>COMMENTAIRES</b>
Posède-t-elle un objet fétiche?			
Cris répétitifs?			
A-t-elle tendance à fuguer?			
A un comportement agressif?			
Est-elle kleptomane / "chipeuse"?			

<b>La personne est-elle sujette:</b>	OUI	NON	
Aux délires			
Aux hallucinations?			
Aux peurs?			
A l'errance?			
A l'isolement ou repli sur soi?			
A l'automutilation			
Ingère-t-elle des objets ou substances non alimentaires?			
Au vol de nourriture ou autre?			

Décrivez les relations que la personne entretient avec les différents membres de la famille ou autres personr

---



---



---

A-t-elle facilement des relations avec d' autres personnes, handicapées ou non handicapées?

---



---

Citez trois de ses principales qualités

---



---

Pouvez-vous décrire en quelques lignes les grands traits de son caractère?

---



---



---



---

Décrivez quelques-uns des comportements significatifs qui le caractérisent,

---



---



---



---



---

A-t-elle des comportements problématiques?

---

---

---

Quel est son rapport à l'autorité?

---

---

---

A-t-elle besoin de repli ou au contraire d'être avec les autres?

---

---

---

La personne s'intègre-t-elle facilement dans un groupe?

---

---

---

A-t-elle régulièrement l'occasion de sortir, de rencontrer des gens, de fréquenter...

---

---

---

Que faites-vous quand votre enfant est agité ou nerveux?

---

---

---

Quels sont les objets ou rituels qui le rassurent?

---

---

---

# SEXUALITE

Parlez-nous de sa vie affective et sexuelle?

---

---

---

---

---

---

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

De quel handicap souffre la personne?

Connaissez-vous la cause de ce handicap?

Poids

Taille

La personne fume-t-elle?		
--------------------------	--	--

La personne porte-t-elle:	OUI	NON
Un appareillage orthopédique		
Un dentier		
Un appareil auditif		
Des lunettes		

Si oui, précisez

La personne souffre-t-elle de:	OUI	NON
Problèmes respiratoires		
problèmes cardiaques		
Problèmes digestifs		
Problèmes hormonaux		
Problèmes urinaires		
Problèmes de tension artérielle		
Intolérances		
Allergies		
Autres problèmes de santé		

Si oui, précisez

La personne a-t-elle besoin de:	OUI	NON
Un kiné		
Un logopède		
Autre		

COMMENTAIRES

La personne a-t-elle déjà été hospitalisée? Si oui, dans quel hôpital à quelle date(s) et pourquoi?

La personne a-t-elle déjà été opérée? Si oui, de quoi et à quelle date?

La personne a-t-elle reçu des vaccins, lesquels?

Noms, adresses, N° de téléphone et spécialité des médecins qui la soignent habituellement?

