

GUIDE D'EVALUATION IDENTIFICATION

Identification
☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

N° dossier :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage / d'époux (se) :

Demande(s) à l'origine de l'évaluation :

- | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|
| ☐ RQTH | ☐ Orientation professionnelle : | ☐ Marché du travail | ☐ ESAT | ☐ formation |
| ☐ CI | ☐ Carte de priorité | ☐ Carte de stationnement | | |
| ☐ AAH | ☐ Complément de ressource AAH | | | |
| ☐ Prestation de compensation | ☐ Allocation compensatrice | | | |
| ☐ Affiliation à l'assurance vieillesse | ☐ Orientation vers une structure médico-sociale (y compris maintien Creton) | | | |
| ☐ AEEH | ☐ AESH | ☐ transport scolaire | ☐ matériel pédagogique adapté | |
| ☐ Avis pour aménagement des conditions d'examen | ☐ Avis pour aménagement de scolarité | | | |

PROJET DE VIE - SOUHAITS ET PROJETS DE LA PERSONNE
☐ La personne a demandé une aide à la formulation du projet de vie (projet professionnel, projet de formation y compris)

- ☐
- La personne a formulé un projet de vie
-
- ☐
- La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie
-
- ☐
- 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 ET/OU DU REPRESENTANT LEGAL (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.

GUIDE D'EVALUATION**VOLET FAMILIAL, SOCIAL ET BUDGETAIRE (VOLET 1)**

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

☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ séparé ☐ divorcé ☐ PACS ☐ concubin ☐ non précisé

Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si : ☐ vit seul ☐ non précisé

Lien de parenté	Age

OBSERVATIONS :**SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE HANDICAPEE****Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi**

- ☐ Enfant non scolarisé (dans ce cas préciser les modes de garde dans le tableau ci-dessous)
- ☐ Scolarisation, formation initiale et/ou autres formations non rémunérées (dans ce cas renseigner volet 3A)
- ☐ Activité professionnelle même non rémunérée y compris ESAT, apprentissage, formation professionnelle rémunérée, interruption momentanée pour maladie...
- (Dans ce cas renseigner volet 3B)
- ☐ Adulte sans activité dans ce cas renseigner ci-dessous :
- ☐ Invalidité
 - ☐ Chômage
 - ☐ Au foyer
 - ☐ Congé parental
 - ☐ Non précisé
 - ☐ Retraité à l'âge normal
 - ☐ Retraite anticipée
 - ☐ Autre inactif

Cette situation est celle de la personne depuis :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans
- ☐ Inconnu

Pour les enfants (scolarisés ou non) préciser, le cas échéant, le mode de garde :

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		

Ressources propres de la personne :☐ Sans objet*(Uniquement pour les personnes dont on n'attend pas qu'elles se procurent elles-mêmes leurs ressources, par exemple les enfants)*☐ Salaire et autre revenu du travail☐ Allocation chômage☐ Indemnités journalières assurance maladie☐ Pension d'invalidité ☐ 1^{ère} cat.☐ 2^{ème} cat.☐ 3^{ème} cat. (MTP)☐ Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)☐ Autres pensions (régimes particuliers d'invalidité ou d'incapacité – indemnisation par assurance...)

Préciser :

☐ Avec majoration pour aide d'une tierce personne de cette pension (éventuellement taux)☐ AAH, préciser le montant :☐ Complément de ressources☐ Majoration Vie Autonome☐ RMI☐ Autre allocation (préciser)☐ Retraite☐ Autres revenus (préciser)☐ Absence de ressource personnelle☐ Non préciséD'autres demandes de ressources sont-elles en cours ? (exemple : demande de pension d'invalidité) : ☐ oui ☐ non
(Si oui préciser)

Prestations familiales (préciser) :

"FONCTION ELECTIVE" OU PARTICIPATION A DES INSTANCES OU ORGANISMES OU SIEGENT DE DROIT DES REPRESENTANTS DE PERSONNES HANDICAPEES OU DE LEURS FAMILLES*(À ne remplir que si demande de prestation de compensation pour des frais supplémentaires)*☐ Sans objet

Exerce une des fonctions électives suivantes :

☐ élu local (conseil municipal, conseil général, conseil régional)☐ député, sénateur☐ député européen☐ autre fonction élective relevant du code électoral (préciser)

Représentant d'associations représentatives des personnes handicapées dans une instance :

☐ CDA☐ CDCPH☐ CNCPPH☐ Conseil de la CNSA☐ Commission communale d'accessibilité☐ Autre instance où siègent de droit les représentants des personnes handicapées (préciser)

Date de fin du mandat : . . / . . /

Besoins en aide humaine (dans le cadre de cette fonction) : ☐ non ☐ oui (préciser)Autres besoins (dans le cadre de cette fonction) : ☐ non ☐ oui (préciser)

GUIDE D'EVALUATION**VOLET HABITAT ET CADRE DE VIE (VOLET 2)**

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.

LOGEMENT**Type d'hébergement**

- ☐ Domicile personnel ☐ Domicile familial ☐ Hébergé
☐ Etablissement médico-social ☐ Logement accompagné ou supervisé ☐ SDF
☐ Famille d'accueil ☐ Hôtel ☐ Autre (préciser)

Situation (du titulaire de logement)

- ☐ Propriétaire ☐ Locataire (bailleur privé) ☐ Locataire (bailleur social)
☐ Occupant à titre gratuit ☐ Logement de fonction
☐ Autre (préciser)

Type de logement

- ☐ Maison individuelle Habitat en milieu : ☐ Urbain
☐ Appartement/studio ☐ Rural
☐ Chambre ☐ semi urbain
☐ Logement précaire, habitation mobile

Caractéristiques du logement

Caractéristiques du logement

		existe		adapté		superficie	Observations (Précisez notamment les éléments de domotique)
		oui	non	oui	non		
Accessibilité ext.	Abords						
	Parking/stationnement						
	Entrée du bâtiment						
	Parties communes						
	Ascenseur						
	Autre élément repéré						
Accessibilité /adaptation	Séjour						
	Cuisine						
	Chambre						
	WC						
	salle de bain						
	Circulation intérieure verticale						
	Circulation intérieure horizontale						
	Autre pièce						
Confort	Chauffage						
	Eau chaude						
	Gaz						
	Electricité						
	Autre élément repéré						

Eléments de vétusté mettant en jeu la faisabilité technique des adaptations : ☐ non ☐ oui

(Préciser) _____

Aménagements déjà réalisés : ☐ non ☐ oui

Si oui, date de réalisation des aménagements . . / . . /

Description des aménagements réalisés : _____

Aménagements à envisager ☐ non ☐ oui

Les aménagements envisagés sous l'angle de l'accompagnement humain sont détaillés dans les volets 6 et 7

Déménagement à envisager ☐ non ☐ oui si oui : Aménagement impossible ☐ non ☐ oui
 Aménagement jugé trop coûteux ☐ non ☐ oui

ENVIRONNEMENTS POSANT DES PROBLEMES D'ACCESSIBILITE A LA PERSONNE :

SERVICES CONCERNES :	Sans objet*	Accessibilité pour la personne			NATURE DE S DIFFICULTES RENCONTREES :
		oui	non	partielle	
Commerce					
Banque					
Poste					
Ecole, crèche, accueil périscolaire ...					
Autre service public de proximité					
Equipement culturel ou de loisir					
Transports en commun					
Autre (préciser)					

* n'existe pas ou la personne n'en a pas besoin (exemple : banque pour les nourrissons, crèche pour les personnes sans enfant)

Précisions concernant les transports en commun (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Utilise les transports en commun **seul**
☐ Utilise les transports en commun avec un accompagnateur
☐ N'utilise aucun transport en commun ou de substitution
☐ Autre (préciser)

Précisions concernant le transport scolaire : ☐ sans objet

- ☐ Utilise un transport sanitaire avec deux accompagnateurs
☐ Utilise un transport sanitaire avec un accompagnateur
☐ Est transporté dans un véhicule spécialement aménagé autre que le véhicule familial (préciser aménagements)

☐ Utilise un transport individuel ordinaire avec chauffeur
☐ Est accompagné avec le véhicule de la famille
☐ Utilise les transports scolaires collectifs de droit commun : **seul** ☐ **avec un accompagnateur** ☐

Observations / besoins non couverts :

VEHICULE PERSONNEL OU FAMILIAL

- Utilise un véhicule personnel ☐ non ☐ oui
 Si oui ☐ passager ☐ conducteur
 Nécessité d'un aménagement de véhicule ☐ non ☐ oui
 Si véhicule déjà aménagé : date de l'aménagement . . / . . /
 Propriétaire du véhicule aménagé ou à aménager :
☐ La personne handicapée ☐ autre (préciser identité et lien avec la personne handicapée)

Assurance : particularités, restrictions, surprimes : ☐ non ☐ oui (préciser)

Cas où la personne est ou veut être conducteur :

- Véhicule sans permis ☐ non ☐ oui
 Permis de conduire : ☐ non ☐ oui ☐ en cours
 Si permis : Durée de validité limitée ☐ non ☐ oui (préciser date de fin : ... / ... /

Mention d'un véhicule aménagé ☐ non ☐ oui (préciser les aménagements mentionnés)

Si en cours de formation : avis du délégué à la formation routière ☐ non ☐ oui (préciser)

GUIDE D'EVALUATION VOLET PARCOURS DE FORMATION (VOLET 3A)

- ☐ **JAMAIS SCOLARISE**
☐ **NON SCOLARISE ACTUELLEMENT**
☐ **ACTUELLEMENT SCOLARISE :**
☐ Dans un seul établissement ☐ Dans plusieurs établissements

Etablissement d'enseignement

- ☐ dans l'établissement scolaire de référence
☐ dans un établissement scolaire autre que l'établissement scolaire de référence
☐ dans un établissement de l'enseignement supérieur

- ☐ Par correspondance (préciser l'organisme) :
☐ A domicile : SAPAD :
 Autre modalité de scolarisation ou d'études à domicile :
☐ Autres (préciser) :

Autre type d'établissement

- ☐ dans un établissement médico-social
☐ dans un établissement sanitaire
☐ autre (préciser)

Evaluation de la scolarité :

- ☐ Scolarité ordinaire : acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
☐ Scolarité avec des aménagements permettant les acquisitions
☐ Scolarité avec des aménagements, qui ne permet cependant pas d'accéder aux acquisitions constatées pour la moyenne de classe d'âge

Projet de scolarisation ou d'études supérieures

L'élève ou l'étudiant :

- ☐ possède un projet de scolarisation ou d'études supérieures qu'il mène de façon autonome
☐ peut participer à l'élaboration de son projet
☐ est en mesure de comprendre son projet mais ne peut y participer activement
☐ n'est pas en mesure de comprendre véritablement ni de participer à l'élaboration de son projet

Synthèse du point de vue des professionnels (notamment des membres de l'équipe de suivi de la scolarisation) :

(Les facteurs de risques, les points forts, les points faibles, les perspectives de formation, l'orientation suggérée...)

Préciser si l'orientation scolaire reste à définir dans le cadre du droit commun avant de finaliser le projet de scolarisation ou d'études supérieures

a) Parcours scolaire ou de l'enseignement supérieur

Historique de la scolarité :

- ☐ sans objet ☐

Année ou groupe d'années	Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur	Quotité*	Niveau de classe	Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire	Quotité*	Niveau suivi

Scolarité en cours :

- ☐

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

sans objet ☐

Année ou période de l'année	Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur	Quotité*	Niveau de classe	Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire	Quotité*	Niveau suivi

* : en demi-journées par semaine

b) Evaluation des compétences scolaires en référence aux programmes nationaux et des connaissances universitaires

Evaluation du niveau scolaire ou universitaire :

☐ sans objet

Identification des évaluations	Domaine disciplinaire	Passation complète (oui / non)	Passation pour partie (préciser lesquelles)	Modalités de passation*	Résultats

* Modalités de passation des évaluations : 1 = standardisées 2 = en autonomie avec temps supplémentaire 3 = Avec aide de l'adulte

Examens ou concours passés :

☐ sans objet

Intitulé de l'examen ou concours	Date	Résultat	Aménagement d'examen : (si oui, précisez)

GUIDE D'EVALUATION

VOLET PARCOURS PROFESSIONNEL (VOLET 3B)

BILAN DE SCOLARISATION ET/ OU FORMATION INITIALE

NB : La scolarité et la formation initiale **en cours**, y compris les aménagements des conditions d'examen, ne sont pas renseignés ici mais dans le volet 3 A.

Scolarité

DERNIERE SCOLARITE SUIVIE (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Jamais scolarisé
☐ Ecole maternelle
☐ Ecole élémentaire : ☐ classe ordinaire ☐ ULIS
☐ Scolarisé en établissement médico-social (IME, IMPRO, ...)
☐ Collège : ☐ classe ordinaire ☐ ULIS
☐ Lycée : ☐ classe ordinaire ☐ ULIS
☐ Enseignement technique ou professionnel court (CAP, BEP ou équivalent)
☐ Enseignement technique ou professionnel long (brevet de technicien, bac pro...)
☐ Université ou étude supérieures (y compris technique supérieur)
☐ Non précisé

Eventuelles précisions, en clair :

DIPLOMES OBTENUS ☐ Non ☐ Oui (Préciser) :

Remarques : a déjà bénéficié d'aménagements des conditions d'examen ☐ sans objet ☐ non précisé ☐ Non
☐ Oui (Préciser)

N'EST PAS EN MESURE D'OBTENIR UN DIPLOME, MAIS A UN **LIVRET DE COMPETENCES** ETABLIT PAR :

- L'établissement scolaire (collège, lycée) : ☐ oui ☐ non
- L'établissement médico-social (IME, IMPRO...) : ☐ oui ☐ non

NIVEAU DE FORMATION ACTUEL : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ Vbis ☐ VI

Parcours de formation professionnelle et/ou stages ☐ sans objet

Ces précisions concernent le (a) dernier(ère) ☐ **formation** ou ☐ **stage** en date

☐ Programmé(e) ☐ en cours ☐ menée à son terme ☐ interrompue

Intitulé et/ou contenu :

Date de début . . / . . / Durée Organisme

Lieu ☐ France ☐ Etranger

Rémunération de cette formation : ☐ Non ☐ Oui

Formation qualifiante : ☐ Non ☐ Oui

Remarques : _____

AUTRES INFORMATIONS CONCERNANT LE PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE :

Tableau des formations **et/ou stages** suivies :

Date	Organisme	Intitulé ou objet de la formation	Qualifiant		Observation
			oui	non	
. . / . . /					
. . / . . /					
. . / . . /					

Autres éléments du parcours professionnel et acquis professionnels _____

PARCOURS PROFESSIONNEL**Projet professionnel exprimé par la personne**

- ☐ pas de projet professionnel exprimé par la personne
☐ projet professionnel exprimé par la personne : ☐ souhaite travailler : **Si oui : à temps plein** ☐ **à temps partiel** ☐
☐ souhaite changer d'activité professionnelle
☐ souhaite conserver son activité professionnelle
☐ autre

Préciser : _____

Situation par rapport au travail

- ☐ N'a jamais travaillé (dans ce cas les questions suivantes sont sans objet, reprendre à la rubrique « chômage »)
☐ A déjà travaillé, mais ne travaille plus actuellement (dans ce cas renseigner la dernière activité professionnelle, ainsi que, selon les cas, soit la rubrique « Interruption temporaire d'activité » soit la rubrique « Inactivité actuelle »)
☐ Travaille actuellement

Activité professionnelle (actuelle ou dernière activité)

- ☐ Salarié secteur privé
☐ Salarié entreprise adaptée
☐ Salarié secteur public
☐ Travailleur indépendant
☐ ESAT (ex CAT)

Type de contrat (de l'emploi actuel ou du dernier emploi)

	Date de début	Date de fin	Observations
☐ Apprentissage			
☐ Stagiaire			
☐ Contrat de travail aidé			
☐ CDD			
☐ CDI			
☐ Intérim			
☐ Autre (préciser)			
☐ non précisé			

Quotité : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel (préciser)

Catégorie professionnelle

- ☐ Exploitant agricole ☐ Artisan, chef d'entreprise ☐ Cadre ☐ Prof. Intermédiaire
☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ retraité ☐ Autre sans activité ☐ non précisé

Employeur (actuel ou dernier employeur) _____

Poste de travail (caractéristiques de ce poste, ancienneté dans le poste...)

Aménagement de poste déjà réalisé ☐ sans objet ☐ oui ☐ non ☐ non précisé

Aptitude au poste :

- ☐ Apte ☐ Restrictions d'aptitude ☐ Inapte

Date du dernier avis du médecin du travail : . . / . . /

Préciser en clair : _____

Perspective (si inapte ou restriction d'aptitude)

- ☐ Reclassement interne ☐ Aménagement des conditions de travail

Dans le cas d'un aménagement des conditions de travail, préciser les aménagements prévus ou à prévoir : _____

Dans ces cas, intervention de la cellule maintien dans l'emploi : ☐ oui ☐ non ☐ à prévoir ☐ sans objet

Préciser : _____

- ☐ Reconversion professionnelle (préciser)
☐ Licenciement envisagé
☐ Autre (préciser)

Interruption temporaire d'activité (sans rupture du contrat de travail ou sans interruption définitive de l'activité indépendante)

- ☐ Congé maternité
 Date prévue pour la reprise : . . / . . /
☐ Congé parental
 Date prévue pour la reprise : . . / . . /
☐ Arrêt maladie ou AT/MP
 Date de l'arrêt : . . / . . / . .
 Date de la visite de pré-reprise : / /
☐ Congé longue maladie ou longue durée
 Date de l'arrêt : . . / . . / . .
 Date de la visite de pré-reprise : / /
☐ Autre congé : Préciser :

Inactivité actuelle

Durée totale d'activité :
 Durée totale d'inactivité :
 Date de fin d'activité : . . / . . /
 Motif de l'arrêt :

Si Chômage :

Inscrit à l'ANPE ☐ non ☐ oui
 Date inscription ANPE : . . / . . /
 n° identifiant

(Nb : les actions mises en œuvre seront précisées dans les volets 6 et 7)

Bilan de compétence ☐ Sans objet

Date du bilan : . . / . . /

Résultats : _____

Avis du psychologue de l'AFPA ☐ Sans objet

Date de l'entretien : . . / . . /

Avis sur le projet de formation : ☐ Sans objet (si la personne n'a pas exprimé de projet de formation)

Parcours préconisé : _____

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Autres avis ☐ Sans objet

(Centres de préorientation, UEROS etc. préciser)

GUIDE D'EVALUATION VOLET MEDICAL (VOLET 4)

PATHOLOGIE PRINCIPALE A L'ORIGINE DU HANDICAP : TSA

Code CIM 11 OU DSM 5 _____
 Etabli par un centre de référence : Oui ☐ Non ☐
 Date du diagnostic initial : _____

Pathologies et/ou troubles associées (en lien avec le handicap) :

Trouble du développement intellectuel : ☐ : léger ☐ modéré ☐ sévère ☐ résultat psychométrique : _____
 Epilepsie : ☐
 Troubles psychiatriques :
 - troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires, ...) : ☐
 - trouble anxieux, TOC, phobies, ... : ☐
 - troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) : ☐
 - autre (préciser) : _____
 Troubles de la motricité : ☐
 Troubles des fonctions exécutives : ☐
 Troubles sensoriels : ☐
 Troubles du sommeil : ☐
 Troubles du comportement : ☐
 Troubles somatiques (bucco-dentaires, gastro-intestinaux,...) : ☐
 Autre (préciser) : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX :

Antécédents périnataux :
 Age de la mère à l'accouchement :
 Procréation médicalement assistée :
 Age gestationnel :
 Gémellité :
 Multiparité :
 Problème à l'accouchement :
 Score Apgar :
 Périmètre crânien à la naissance :
 Poids :
 Taille :
 Opérations chirurgicales : _____
 Autre : _____

DESCRIPTION CLINIQUE

TAILLE : **POIDS :** **INDICE DE MASSE CORPORELLE :**

MOTRICITE : Main dominante : ☐ droit ☐ gauche ☐ ambidextre
 Périmètre de marche : ☐ supérieur à 200 m ☐ inférieur à 200m

Déficit en motricité fine (préciser) : _____

Déficit en motricité globale (préciser) : _____

Autre déficit moteur (préciser) : _____

SYSTEME SENSORIEL :

VISION : Acuité visuelle sans correction : Acuité visuelle avec correction :
 De loin : œil droit œil gauche De loin : œil droit œil gauche
 De près : œil droit œil gauche De près : œil droit œil gauche
 Restriction du champ visuel ☐ non ☐ oui (préciser)

Hyporéactivité : (méconnaissance d'obstacles, difficultés pour reconnaître les visages, évitement du regard, regarde intensément les objets, les gens, est attiré par la lumière,...) : **oui** ☐ **non** ☐

Hyperréactivité : (perception du détail renforcée, préfère l'obscurité et manifeste une gêne en présence de lumière forte, se couvre ou plisse les yeux pour se protéger de la lumière,...) : **oui** ☐ **non** ☐

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

AUDITION : Perte de l'acuité auditive sans correction : oreille droite oreille gauche
Perte de l'acuité auditive avec correction : oreille droite oreille gauche

Mesure de l'intelligibilité sans correction (audiogramme vocal) :

Mesure de l'intelligibilité avec correction (audiogramme vocal) :

Hyporéactivité : (ne se retourne pas à l'appel de son nom, manque de conscience du ton de la voix/prosodie, cherche à faire du bruit par plaisir, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

Hyperréactivité : (intolérance au bruit et à certaines fréquences, se mets les mains sur les oreilles pour se protéger du bruit, a du mal à se concentrer, à fonctionner s'il y a du bruit autour de lui, oreille absolue, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

FONCTION VESTIBULAIRE : Hyporéactivité : (tolérance à la position tête en bas, tournoiement sur soi-même, recherche de mouvements et balancements => par exemple, apprécie les manèges, les roulades, cette recherche du mouvement peut interférer avec les activités quotidiennes => par exemple ne peut pas rester assis tranquillement longtemps) **oui** ☐ **non** ☐

Hyperréactivité : (peur de la perte du contact avec le sol, n'aime pas se retrouver la tête en bas comme pour faire des roulades, préfère les mouvements lents, tient sa tête droite même quand il se penche en avant ou sur le côté, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

TOUCHER : Hyporéactivité : (manipule de façon excessive, touche les gens, les objets, a peu conscience de la douleur et de la température, porte à la bouche++, automutilation, recherche de pression profonde, ne semble pas remarquer lorsqu'on le touche, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

Hyperréactivité : (évitement du contact physique, de certains vêtements, de certaines textures, n'aime pas se salir, soins corporels difficiles, très sensible à la douleur => par exemple n'aime pas qu'on lui coupe les cheveux, les ongles, les soins dentaires sont difficiles, le brossage des dents peut être difficile, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

GOUT-ODORAT : Hyporéactivité : (peut lécher, sentir des personnes ou des objets, peut aimer particulièrement certaines odeurs, goûts, aliments, peut mâcher, manger des objets non comestibles = pica, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

Hyperréactivité : (sélectivité des aliments++, évitement des lieux à forte odeur, peut avoir des hauts le cœur au contact de certaines textures d'aliments ou des couverts dans la bouche, évite certains goûts ou certaines odeurs de nourriture, ...) : **oui** ☐ **non** ☐

SOMMEIL : durée du sommeil par nuit : > à 7h : ☐ 6-7h : ☐ 5-6h : ☐ < à 5h : ☐

Difficulté à l'endormissement ? oui ☐ non ☐

Réveil au cours de la nuit ? oui ☐ non ☐

Si oui, ce(s) réveil(s) nocturnes nécessitent-ils l'intervention d'une tierce personne ? oui ☐ non ☐

RECAPITULATIF CLINIQUE : en détaillant les troubles, les altérations, les déficiences ayant un **retentissement fonctionnel** et en terme de **limitation d'activité** et aussi les symptômes qui peuvent majorer ces troubles, altérations et déficiences (tels que anxiété, troubles digestifs, fatigabilité, lenteur...) ainsi que les résultats d'examens paracliniques significatifs :

	Troubles, altérations, déficiences ayant un retentissement fonctionnel et symptômes pouvant les majorer + résultats d'examens significatifs	Classer de « 1 » à « x » les domaines à prendre en charge en priorité
Altération qualitative des interactions sociales réciproques (y compris les émotions)		
Altération qualitative de la communication verbale et non verbale		

Activités et Intérêts restreints		
Comportements stéréotypés et répétitifs		
Trouble du développement intellectuel		
Epilepsie (examen EEG ou vidéo-EEG si possible)		
Troubles psychiatriques		
Déficiência motrice		
Troubles de la motricité (fine, globale)		
Troubles des fonctions exécutives (ex : rigidité mentale, difficultés d'organisation, de planification, d'attention, ...)		
Déficiência visuelle		
Vision : troubles sensoriels (en hypo ou hyperréactivité)		
Déficiência auditive		
Audition : troubles sensoriels (en hypo ou hyperréactivité)		
Fonction vestibulaire : troubles sensoriels (en hypo ou hyperréactivité)		
Toucher : troubles sensoriels (en hypo ou hyperréactivité)		

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Goût-odorat : troubles sensoriels (en hypo ou hyperréactivité)		
Troubles du sommeil		
Comportements-problèmes		
Troubles somatiques		
Autres		

Si renouvellement, évolution depuis la précédente demande :

Amélioration ☐

Stabilité ☐

Aggravation ☐

Si aggravation, veuillez expliciter : _____

PRISE EN CHARGE

Traitement médicamenteux régulier : ☐ non ☐ oui

Si oui, préciser l'objectif du traitement, la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance... : _____

Réadaptation fonctionnelle : Prises en charges en fonction des priorités définies (ci-dessus) (que ce soit en structure de type SESSAD, IME... ou en libéral) : ☐ non ☐ oui Préciser l'objectif, la nature, la fréquence...

* Cocher la case qui convient. Si vous cochez « préconisée », préciser pourquoi la prise en charge n'est pas encore réalisée.

Prise en charge	Lieu, objectif, nature, fréquence....	Réalisée*	En cours*	Préconisée*
Par un(e) orthophoniste				
Par un(e) orthoptiste				
Par un(e) psychomotricien				
Par un(e) ergothérapeute				

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Par un(e) kinésithérapeute				
Par un(e) éducateur(trice) spécialisé(e)				
Par un(e) psychologue				
Par un(e) Oto- rhino- laryngologue				
Par un(e) neuropsychologue				
Par un(e) neuropédiatre				
Par un(e) neurologue				
Par un(e) pédopsychiatre				
Par un(e) psychiatre				
Autre (préciser)				

Soins réguliers :

Consultations médicales régulières spécialisées ou non (*préciser*) _____

Hospitalisations itératives ou programmées (*préciser*) _____

Infirmier _____

Autre (*préciser*) _____

Autres soins réguliers : ☐ non ☐ oui

Préciser les soins concernés _____

Nécessité d'assurer une prévention : ☐ non ☐ oui

<i>Si oui préciser les actes</i>	<i>auto prévention</i>	<i>prévention réalisée par un tiers</i>	<i>fréquence</i>
☐ Cutanée			
☐ Urinaire et intestinale			
☐ Pulmonaire			
☐ Circulatoire			
☐ Orthopédique			
☐ Thermique			
☐ Autre			

précisions : _____

CONTRAINTES

Existence de soins ou de traitements nocturnes : ☐ non ☐ oui *si oui préciser la nature et la fréquence*

Autres contraintes liées aux traitements ou aux soins : ☐ non ☐ oui *Préciser*

☐ Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance

- ☐ Temps consacré aux soins
☐ Horaires
☐ Voies d'administration
☐ Apprentissage de technique
☐ Assistance d'un tiers
☐ Charge affective, stress
☐ Autres

Contraintes de formation (parents, aidants, etc.) : ☐ non ☐ oui

Préciser :

☐ Formation autisme/TSA : Si oui : nombre d'heures : _____

Intitulé/objectif de la formation/organisme de formation : _____

☐ Formation, information aux approches éducatives, comportementales et développementales :

☐ ABA (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ DENVER (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ TEACCH (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ Autre (préciser, ainsi que nombre d'heures) : _____

☐ Formation, information aux outils de communication :

☐ PECS (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ MAKATON (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ Communication alternative et améliorée (CAA) (organisme de formation, nombre d'heures) _____

☐ Autre (préciser, ainsi que nombre d'heures) : _____

Présence d'un appareillage : ☐ non ☐ oui

Précisions sur l'appareillage, **son adaptation, sa tolérance**, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser :

☐ Petit appareillage (préciser) _____

☐ Grand appareillage (préciser) _____

☐ 1 canne

☐ 2 cannes, déambulateur

☐ Fauteuil roulant

☐ Appareil auditif

☐ Stomie urinaire

☐ Sonde urinaire

☐ Stomie digestive

☐ Alimentation par gastro ou jéjunostomie

☐ Trachéotomie

☐ Appareil de ventilation (préciser) _____

☐ Dépendance à une autre machine (préciser) _____

☐ Autres appareillages (préciser) _____

Contraintes alimentaires : ☐ non ☐ oui

Préciser : *alimentation peu diversifiée, allergies, régime, alimentation adaptée...* _____

Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes : ☐ non ☐ oui **Préciser**

☐ Stress

☐ Bruit

☐ Luminosité

☐ Foule

☐ Froid

☐ Chaleur

☐ Intempéries

☐ Humidité

☐ Poussières

☐ Agents chimiques

☐ Agents infectieux

☐ Autres (préciser)

Autres contraintes : ☐ non ☐ oui **Préciser** _____

AUTRES QUESTIONS

Conduite addictive : Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (*préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...*)

☐ consommation ☐ abus ☐ intoxication

Date de l'évaluation :

Si un bilan psychologique ou neuropsychologique, un bilan mémoire a été réalisé, préciser :

☐ non ☐ oui (*préciser les types de tests et les résultats*)

ANALYSE PSYCHO-CLINIQUE DE LA SITUATION :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

GUIDE D'EVALUATION

VOLET ACTIVITES, CAPACITES FONCTIONNELLES (VOLET 6)

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 notamment de la fatigabilité, la lenteur, la douleur, ...*) selon les modalités suivantes
 - "A+" : **Activité initiée et réalisée volontairement, sans aide humaine et sans difficulté**
 - "A" : Activité réalisée sur sollicitation d'un tiers
 - "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
 - "SC" : **Activité réalisé avec stratégie de compensation (par ex : matériel adapté, consignes adaptées, environnement adapté, etc.)**
 - "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)

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI

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)

capacité								Réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations			
0	1	2	3	4	9	A+		A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A					
						1.1 - S'orienter dans le temps																					
						1.11 – connaît les différentes parties d’une journée 1.12 – connaît les jours de la semaine 1.13 – connaît les mois de l’année 1.14 – connaît les saisons 1.15 – sait lire et comprend la notion d’heure 1.16 – comprend de manière globale des notions du type « avant - maintenant – après / hier-aujourd’hui-demain »																					
						1.2 – S’orienter dans l’espace																					
						1.3 - Fixe son attention																					
						1.4 - Mémorise																					
						1.5 - Prend des décisions																					
						1.6 - Prend des initiatives																					
						1.6.1 – Fait spontanément une demande d’aide (sait repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire)																					
						1.6.2 – Entre spontanément en relation avec autrui																					
						1.6.3 – Entreprend spontanément une activité simple																					
						1.6.4 – Entreprend spontanément une activité complexe																					
						1.7 - Gérer sa sécurité																					
						1.7.1 - Ne met pas sa vie et/ou celle des autres en danger : 1.7.1.2 – Regarde des deux côtés avant de traverser une rue, une route. 1.7.1.3 – Connaît et respecte les feus piétons 1.7.1.4 – Sait traverser sur les passages cloutés 1.7.1.5 – Met et sait boucler seul sa ceinture de sécurité en voiture.																					

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

[illegible]

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

1.8.7 – Sait gérer ses relations avec autrui : 1.8.7.1 – Salue les personnes de façon appropriée 1.8.7.2 – Sait s'excuser de façon appropriée 1.8.7.3 – Sait employer le tutoiement et le vouvoiement en fonction de la personne à qui il s'adresse. 1.8.7.4 – Sait prendre part et participer à une conversation 1.8.7.5 – Peut parler de sujets diversifiés. 1.8.7.6 – Sait adopter une distance interpersonnelle (distance relationnelle physique) adaptée (par exemple : ne pas s'approcher trop près ou être trop éloigné d'autrui lorsqu'on lui parle)																		
1.8.8 – Sait adapter son comportement : 1.8.8.1 – Peut attendre dans une salle d'attente 1.8.8.2 – Peut prendre et attendre son tour dans une file d'attente (ex : au supermarché, etc.) 1.8.8.3 – Supporte les transitions (ex : changement d'activité, changement d'établissement scolaire, changement d'éducateur, etc.) 1.8.8.4 – Supporte l'imprévu (ex : l'annulation d'une activité, une modification soudaine de son emploi du temps, etc.) 1.8.8.5 – Supporte la nouveauté (ex : adopter un nouveau trajet pour aller à l'école, un nouveau vêtement, une nouvelle activité, etc.)																		
1.8.9 – A des relations affectives (consoler, taquiner, blaguer, aider, se confier...)																		
1.8.10 – A des relations sexuelles 1.8.11 – Manifeste des attitudes sexuées tout en étant pré pubère, adaptées à l'âge et au contexte 1.8.12 – Manifeste des attitudes sexuées tout en étant pubère, adaptées à l'âge et au contexte																		

Pour le domaine "Tâches et exigences générales, relation avec autrui", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Frère/sœur ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Parent ☐ Ami, voisin ☐ Autre (préciser) _____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Hospitalisation complète ☐ HAD ☐ hospitalisation à temps partiel ☐ suivi ambulatoire ☐ accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Pour personne âgée	☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SESSAD ☐ CAMSP ☐ CMPP ☐ BAPU ☐ Autre accueil médico-social : préciser : _____ _____ _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Autres aides salariées ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Service prestataire (service à la personne agréé) ☐ Service mandataire ☐ Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Psychologue ☐ orthophoniste ☐ orthoptiste ☐ oto-rhino-laryngologue ☐ Educateur spécialisé ☐ Autres (préciser) _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Fréquentation d'un groupe d'entraide mutuelle ☐ Autre activité (préciser) : _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	☐ Hébergement au domicile d'un membre de la famille ☐ Hébergement de nuit en structure médico-sociale ☐ Hébergement de nuit en établissement sanitaire ☐ Aménagement de logement (voir volet 2) ☐ Logement supervisé		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour l'environnement technique				
	Matériel	☐ matériel informatique (ordinateur, tablette numérique, logiciels, etc.) ☐ Time Timer ☐ téléphone portable ☐ bouchons d'oreille anti-bruit, casque anti-bruit ☐ matériel éducatif adapté (préciser) _____ _____ ☐ matériel pédagogique adapté (préciser) _____ _____ ☐ autre matériel (préciser) _____ _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

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)

capacité							réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations
0	1	2	3	4	9		A+	A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
						4.1 – Communication verbale																	
						4.1.1 – Langage en expression : 4.1.1.1 – Possède et produit quelques mots en contexte (1mot/phrasede 2 mots associés) 4.1.1.2 – Possède et produit une phrase simple en contexte (sujet + verbe + complément) 4.1.1.3 – Possède et produit une phrase complexe en contexte 4.1.1.4 – Peut raconter un événement, une histoire, sa journée, etc. 4.1.1.5 - Suit les règles de la conversation : - Respecte le tour de parole - Pose des questions en lien avec le sujet de conversation - Répond par oui ou non de façon fonctionnelle à une question - Sait exprimer un choix entre deux propositions - Sait exprimer spontanément un refus ou une incompréhension - A un discours informatif 4.1.1.6 – S’exprime de façon intelligible 4.1.1.7 – Possède tous les sons de la langue 4.1.1.8 - Adapte et module le ton de sa voix (par exemple parler fort pour marquer la colère, parler à voix basse pour ne pas déranger, etc.) 4.1.1.9 - A une intonation adaptée au sens (par exemple : intonation pour poser une question, faire une affirmation, etc.) 4.1.1.10 - Sait adapter le débit et le rythme de parole																	
						4.1.2 – Langage en réception : 4.1.2.1 – Comprend les mots isolés 4.1.2.2 – Comprend les phrases affirmatives et négatives 4.1.2.3 – Comprend le récit 4.1.2.2 – Décode le ton de la voix chez autrui (par exemple : comprend lorsqu’une personne est en colère, joyeuse, triste au ton de sa voix) 4.1.2.3 – Décode les intentions à travers le ton de la voix d’autrui (ton de voix agressif, ton de voix amical qui invite, etc.)																	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

4.1.2.4 – Comprend le second degré dans le langage (ironie, jeux de mots, sous-entendus, humour....)																																							
4.1.2.5 – Comprend l'implicite (inférences)																																							
4.2 – Communication non verbale																																							
4.2.1 – Utilise le pointage du doigt :																																							
4.2.1.1. Utilise le pointage proto-déclaratif (qui consiste à attirer l'attention d'une ou plusieurs personnes vers un centre d'intérêt en pointant du doigt)																																							
4.2.1.2. Utilise le pointage proto-impératif (qui consiste à pointer du doigt vers un objet pour le demander)																																							
4.2.2 - Est capable d'attention conjointe (capacité de l'individu à partager un évènement avec l'autre, à attirer son attention vers une personne, un objet dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec conscience du partage de l'information.)																																							
4.2.2 – Reconnaît les émotions faciales chez autrui																																							
4.2.3 – Utilise des émotions faciales de façon appropriée																																							
4.2.4 – Reconnaît la gestuelle corporelle chez autrui																																							
4.2.5 - Sait adopter une gestuelle corporelle appropriée et sait s'ajuster corporellement à autrui pour lui montrer de l'intérêt																																							
4.2.5 - S'adresse à (aux) la personne(s) en la (les) regardant, en se tournant vers elle(s) de façon appropriée																																							
4.2.6 – Utilise et comprend des gestes conventionnels et non conventionnels (par exemple : un clin d'œil, signes de la main, hochement de la tête en signe d'approbation, etc.)																																							
4.2.7 – Connaissance du monde (langage contingent, implicite) (Par exemple, implicitement, mettre son manteau signifie qu'on va sortir et qu'il fait froid)																																							
4.4 - Utiliser des systèmes et méthodes de communication																																							
4.4.1 – Utilise le téléphone																																							
4.4.2 – Utilise un ordinateur																																							
4.4.3 – Utilise une tablette numérique																																							
4.4.4 – Utilise la méthode PECS																																							
4.4.5 – Utilise la méthode MAKATON																																							
4.4.6 – Utilise la langue des signes																																							
4.4.6 – Utilise un outil de CAA et lequel																																							
4.4.6 – Autres systèmes et méthodes de communication																																							

Pour le domaine, "Communication verbale et non verbale", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Frère/sœur ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Parent ☐ Ami, voisin ☐ Autre (préciser) _____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation à temps partiel ☐ Suivi ambulatoire ☐ Accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Pour personne âgée	☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil ☐ Autre accueil médico-social : préciser _____ _____	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SESSAD ☐ CAMSP ☐ Autre accompagnement médico-social : préciser _____ _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Autres aides salariées : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Service prestataire ☐ Service mandataire ☐ Service spécialisé d'interprète ☐ Emploi direct (y compris l'entourage) ☐ Codeur en LPC ☐ Traducteur en LSF ☐ Technicien de l'écrit ☐ Autre (préciser) _____	Temps (quotidien ou mensuel : préciser)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Orthophoniste ☐ psychologue ☐ éducateur spécialisé ☐ autre (préciser) : _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	☐ Hébergement au domicile d'un membre de la famille ☐ Hébergement de nuit en structure médico-sociale ☐ Aménagement de logement à préciser activité par activité ☐ Logement supervisé		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour l'environnement Technique				
	Matériel	☐ Ordinateur ☐ Tablette numérique ☐ logiciels informatiques (préciser le type de logiciel, son objectif, etc.) ☐ Téléphone ☐ Time Timer ☐ Outil de CAA ☐ matériel éducatif adapté (préciser) _____ _____ ☐ matériel pédagogique adapté (préciser) _____ _____ ☐ Autre matériel (à préciser) _____ _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

AUTONOMIE PERSONNELLE : MOTRICITE GLOBALE ET FINE

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)

capacité							réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations	
0	1	2	3	4	9		A+	A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A		
						2.1 Motricité corporelle globale																		
						2.1.1 – S’assoit																		
						2.1.2 – Se lève																		
						2.1.3 – change de point d’appui																		
						2.1.4 – Reste assis (le temps d’une activité, d’un repas, etc..)																		
						2.1.5 – Reste debout (dans une file d’attente, etc..)																		
						2.1.6 – Se couche																		
						2.1.7- change de position dans son lit																		
						2.1.8 – Marche/court :																		
						2.1.8.1 – Marche en coordonnant mouvements bras/jambes																		
						2.1.8.2 – Marche en posant talon puis pointe de pied																		
						2.1.8.3 – Marche en regardant devant soi et en étant attentif (sans regarder ses pieds ou en étant distrait)																		
						2.1.8.4 – court en coordonnant mouvements bras/jambes																		
						2.1.8.5 – court en posant talon puis pointe de pied																		
						2.1.8.6 – court en regardant devant soi et en étant attentif																		
						2.1.9 – Monte et descend des escaliers																		
						2.1.10 - Soulève et porte des objets (y compris en se déplaçant)																		
						2.2 - Se déplacer																		
						2.2.1 - Se déplace dans son logement																		
						2.2.2 – Se déplace dans son établissement scolaire																		
						2.2.3 – Se déplace sur son lieu de travail																		

Date de l'évaluation :

[illegible]

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

	2.7.8 – Prend ses repas :																		
	2.7.8.1 – Se lave les mains																		
	2.7.8.2 - Tient un couvert (fourchettes, cuillère) pour manger avec sa main dominante																		
	2.7.8.3 – Tient ses couverts pour couper ses aliments et savoir couper ses aliments																		
	2.7.8.4 – porte ses aliments à la bouche, mastiquer ses aliments et déglutir																		
	2.7.8.5 – Saisit son verre avec la main dominante, le porter à la bouche et boire																		
	2.7.9 – Activité scripturale et de découpage :																		
	2.7.9.1 – Tient un feutre, un crayon et tracer																		
	2.7.9.2 – Tient un feutre, un crayon et colorier																		
	2.7.9.3 – Tient un stylo et écrire (lettres, chiffres, etc..)																		
	2.7.9.4 – Tient une paire de ciseaux et découper																		
	2.7.14 – Sait se servir d'une clef (ouvrir ou fermer une porte, un casier, etc..)																		
	2.8 – Assurer l'élimination et utiliser les toilettes																		

* les capacités marquées d'une astérisque sont utilisées pour l'éligibilité à l'élément "aide humaine" de la prestation de compensation

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine "Autonomie personnelle : motricité globale et fine", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Pour l'environnement humain			
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Parent ☐ Autre (préciser) ☐ Frère/sœur ☐ Autre parent ☐ Ami, voisin	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme ☐ Hospitalisation complète ☐ HAD ☐ Hospitalisation à temps partiel ☐ Suivi ambulatoire ☐ Autre (préciser)_____	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme ☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Pour personne âgée ☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil ☐ Autre accueil médico-social : préciser : _____	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme ☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SESSAD ☐ CAMSP ☐ Autre accompagnement médico-social : préciser : _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides salariées : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Service prestataire (service à la personne agréé) ☐ Service mandataire ☐ Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres aides en libéral: ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ ergothérapeute ☐ psychomotricien ☐ Kinésithérapeute ☐ Psychologue ☐ autre : _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour le logement				
	Conditions de logement adaptées	☐ Hébergement au domicile d'un membre de la famille ☐ Hébergement de nuit en structure médico-sociale ☐ Hébergement de nuit en établissement sanitaire ☐ Aménagement de logement (à préciser activité par activité) ☐ Logement supervisé		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour l'environnement animal				
	Aide animalière	☐ Chien d'assistance		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour l'environnement Technique				
	Matériel	☐ Ordinateur ☐ Tablette numérique ☐ logiciels informatiques (type de logiciel, son objectif, etc..) ☐ Téléphone ☐ Time Timer ☐ Outil de CAA ☐ matériel éducatif adapté (préciser) _____ _____ ☐ matériel pédagogique adapté (préciser) _____ _____ ☐ Autre matériel (à préciser) _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

Et pour les activités suivantes, activité par activité, les modalités d'aide ci-dessous :

▫ 2.8 - Utiliser les transports en commun :

☐ Utilise les transports en commun, avec un accompagnateur

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

- ☐ Utilise les transports de substitution
- ☐ Utilise un transport avec surcoûts (préciser)
- ☐ Autre (préciser)
- 2.9 - Utiliser un véhicule particulier :
 - ☐ Avec aménagement du véhicule familial ou personnel
 - ☐ Avec aide humaine pour accéder au véhicule familial ou personnel
- 2.10 - Conduire un véhicule
 - ☐ avec aménagement du poste de conduite mentionné sur le permis de conduire
 - ☐ avec aménagement pour l'accès au véhicule
 - ☐ Ainsi que pour cette activité l'obstacle « restrictions portées au permis de conduire »

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)

	réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations
	A+	A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
5.1 - Faire ses courses																	
5.1.2 – Sait faire une liste de courses																	
5.1.3 – Peut faire ses courses (en grandes surfaces, petits commerçants...)																	
5.1.4 – Connaît la valeur de l'argent et sait payer																	
5.1.5 – Sait recompter quand on lui rend la monnaie																	
5.2 - Préparer un repas simple																	
5.2.1 - Sait élaborer un menu simple (entrée, plat principal, fromage, dessert = équilibré)																	
5.2.2 - Sait faire cuire (viande, pattes, légumes...)																	
5.2.3 - Sait éplucher des légumes, des fruits...																	
5.2.4 - Sait couper du pain, etc..																	
5.2.5 - Sait ouvrir une boîte de conserve																	
5.2.6 - Sait utiliser des appareils ménager (gazinière, four, micro-onde, robot de cuisine...)																	
5.3 - Faire son ménage																	
5.3.1 – Sait faire son lit																	
5.3.2 – Sait faire la vaisselle																	
5.3.3 – Sait nettoyer les sols (balayer, laver)																	
5.3.4 – Sait se servir d'un aspirateur																	
5.4 - Entretenir son linge et ses vêtements																	
5.4.1 - Sait faire la distinction entre linge propre et linge sale																	
5.4.2 – Sait préparer et faire une lessive en machine																	
5.4.3 – Sait mettre à sécher le linge (sur un étendage)																	
5.4.4 – Sait utiliser un sèche linge																	
5.4.5 – Sait plier son linge																	
5.4.6 – Sait ranger son linge																	

Date de l'évaluation :

Partie 2 - Les personnes concernées								Date de l'évaluation :													
5.5 - S'occuper de sa famille																					
5.6 – Prendre soin de sa santé :																					
5.6.1 – Surveille son régime alimentaire (<i>manger équilibré, varié et aux heures de repas</i>)																					
5.6.2 – Sait gérer son repos quotidien (<i>dormir suffisamment la nuit</i>)																					
5.6.3 – Se soigner :																					
5.6.3.1 – Sait exprimer une douleur (savoir dire qu'on a mal)																					
5.6.3.2 – Sait localiser une douleur (monter l'endroit où se situe la douleur)																					
5.6.3.3 – Sait identifier une douleur (exprimer précisément un mal de tête, mal de dent, mal de ventre, etc.)																					
5.6.3.4 – Peut exprimer une demande de soin																					
5.6.3.5 – Peut subir un examen clinique																					
5.6.3.6 – Peut subir un prélèvement sanguin																					
5.6.3.7 – Peut subir un examen dentaire																					
5.6.3.8 – Sait utiliser les différents systèmes de santé (prendre rendez-vous et aller chez le médecin, le dentiste, aller chez le pharmacien, etc.)																					
5.6 - Gérer son budget, faire les démarches administratives																					
5.6.1 - Gère son argent au quotidien																					
5.6.2 - Gère son compte bancaire																					
5.6.3 - Fait 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 - Gère son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir																					
5.9.2 – Peut exprimer une demande liée à ses droits																					
5.9.3 – Peut participer à la vie locale																					
5.10 - Partir en vacances																					

Pour le domaine "Vie domestique et vie courante", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Frère/sœur ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Parent ☐ Ami, voisin ☐ Autre (préciser) _____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation à temps partiel ☐ Suivi ambulatoire ☐ Accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Pour personne âgée	☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil ☐ Autre accueil médico-social : préciser _____ _____	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SSIAD ☐ SESSAD ☐ SAAD ☐ SPASAD ☐ Autre accompagnement médico-social : préciser _____ _____ _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Autres aides salariées : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Service prestataire (service à la personne agréé) ☐ Service mandataire ☐ Emploi direct (y compris l'entourage) _____ _____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Educateur spécialisé ☐ Aide médico-psychologique ☐ autre (préciser) : _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Autres aides : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme		☐ Protection juridique (préciser) _____ _____ ☐ Portage des repas ☐ Loisir spécialisé avec surcoûts (préciser) _____ _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour le logement				
Conditions de logement adaptées :		☐ Hébergement au domicile d'un membre de la famille ☐ Hébergement de nuit en structure médico-sociale ☐ Hébergement de nuit en établissement sanitaire ☐ Aménagement de logement (à préciser activité par activité) ☐ Logement supervisé		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

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

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

	réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations
	A+	A	B	C	SC	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																	
6.6 – Généraliser un savoir-faire																	
6.6 – Acquérir un savoir-être																	
6.7 – Appliquer un savoir-être																	
6.8 – Généraliser un savoir-être																	

Pour le domaine "Application des connaissances, apprentissage", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain					
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Frère/sœur ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Parent ☐ Ami, voisin ☐ Autre (préciser)	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait		
Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Hospitalisation complète ☐ HAD ☐ Hospitalisation à temps partiel ☐ Suivi ambulatoire	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Pour personne âgée	☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil ☐ CRP - CPO ☐ UEROS ☐ autre accueil médico-social : préciser _____ _____	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SESSAD ☐ CAMSP ☐ CMPP ☐ BAPU ☐ autre accompagnement médico-social : préciser _____ _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
	Autres aides salariées : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Service prestataire (service à la personne agréé) ☐ Service mandataire ☐ Emploi direct (y compris l'entourage)	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

		Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Educateur spécialisé ☐ Psychologue ☐ autre (préciser) : _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Fréquentation d'un organisme de formation spécialisé ☐ Aménagement des conditions de formation professionnelle (préciser) ☐ Autre (préciser) : _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	

TACHES ET EXIGENCES EN RELATION AVEC LA SCOLARITE ET LA FORMATION INITIALE

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)

	réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations
	A+	A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
7.1 – Apprendre à lire																	
7.2 – Apprendre à écrire																	
7.3 – Apprendre à calculer																	
7.4 – Apprendre des techniques de communication																	
7.5 – apprendre les règles sociales de base																	
7.6 - Respecter des règles de base																	
7.6.1 - Etre ponctuel																	
7.6.2 - Etre assidu																	
7.6.3 - Organiser son travail																	
7.6.4 - Contrôler son travail																	
7.6.5 - Accepter des consignes																	
7.6.6 - Suivre des consignes																	
7.6.7 - S'adapter à la vie scolaire																	
7.6.8 – Travailler en équipe																	
7.6.9 - Respecter les règles scolaires																	
7.7 - S'installer dans la classe																	
7.8 - Utiliser des supports pédagogiques																	
7.9 - Utiliser du matériel adapté à son handicap																	
7.10 - Prendre des notes																	
7.11 - s'adapter aux conditions d'examen et de contrôle																	
7.12 - Participer à des sorties extra scolaires																	

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

7.13 - Autre (préciser)

Pour le domaine "Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain				
Aide de l'entourage : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Conjoint ☐ Frère/sœur ☐ Enfant ☐ Autre parent ☐ Parent ☐ Ami, voisin ☐ Autre (préciser)_____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	
Aide de professionnels	Scolarisation dans une unité d'enseignement dans un établissement sanitaire : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Hospitalisation complète ☐ HAD ☐ Hospitalisation à temps partiel ☐ Suivi ambulatoire ☐ Accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte ☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ SESSAD ☐ CAMSP ☐ CMPP ☐ BAPU ☐ Autre accompagnement médico-social : préciser_____ _____ _____	Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide		Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres accompagnements spécialisés : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ AESH i ☐ AESH co ☐ AESH mutualisée ☐ Codeur en LPC ☐ Traducteur en LSF ☐ Technicien de l'écrit ☐ RASED ☐ Service d'enseignement à distance ☐ Service d'enseignement à domicile	Temps (hebdo ou quotidien - préciser)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides salariées : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Service prestataire d'aide aux devoirs ☐ Service mandataire d'aide aux devoirs ☐ Emploi direct d'aide aux devoirs	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Educateur spécialisé ☐ Psychologue ☐ autre (préciser) : _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Pour l'environnement technique				

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
Matériel pédagogique adapté	☐ Matériel déficience auditive ☐ Matériel déficience visuelle ☐ Matériel informatique et audiovisuel standard ☐ Mobilier et petits matériels ☐ Tablette numérique ☐ logiciels informatiques (type de logiciel, son objectif, etc.) ☐ Time Timer ☐ Outil de CAA ☐ matériel éducatif adapté (préciser) _____ _____ ☐ matériel pédagogique adapté (préciser) _____ _____ ☐ Autre matériel : préciser : _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
Autres aides			
☐ Aménagement des conditions de scolarité	☐ Scolarisation temps plein ☐ Scolarisation temps partiel : préciser : _____ _____ _____		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
☐ Aménagement des conditions d'examen	☐ Aménagements des examens ou concours de l'enseignement scolaire ou supérieur ☐ Aménagements des examens ou concours hors enseignement scolaire ou supérieur		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

TACHES ET EXIGENCES RELATIVES AU TRAVAIL

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)

	réalisation effective						facilitateurs					obstacles					Observations
	A+	A	B	C	SC	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
8.1 Respecter des règles de base																	
8.1.1 Est ponctuel																	
8.1.2 En cas d'absence ou de retard sait prévenir son supérieur																	
8.1.3 Est assidu																	
8.1.4 Respecte des relations hiérarchiques																	
8.1.5 Respecte ses collègues de travail																	
8.1.6 Tolère les maladroresses ou erreurs ou retard/absence des autres																	
8.2 Organiser son travail (en rapport avec le poste de travail)																	
8.2.1 Sait gérer son matériel																	
8.2.2 Sait suivre et utiliser une fiche technique																	
8.2.3 Se donne des priorités																	
8.2.4 Sait gérer les changements de consigne																	
8.2.5 Sait gérer les contretemps, urgences, imprévus																	
8.2.6 Sait demander de l'aide, des précisions, ... à ses supérieurs ou collègues si nécessaire																	
8.2.7 Réalise son travail dans les délais fixés																	
8.2.8 Sait demander une pause s'il en ressent le besoin																	
8.2.9 Sait ranger son poste de travail (son bureau, etc.)																	
8.3 Contrôler son travail																	
8.3.1 Peut focaliser son attention																	
8.3.2 Peut repérer les erreurs																	
8.3.3 Peut corriger les erreurs																	
8.3.4 Sait adapter ses stratégies de contrôle en fonction du travail à contrôler																	
8.4 Etre en contact avec le public																	
8.4.1 Peut être en contact direct (par exemple faire le service dans un restaurant ou tenir un poste de vendeur dans un magasin)																	
8.4.2 Peut être en contact indirect (par exemple faire de la mise en rayon dans un magasin à des heures de non affluence)																	
8.4.3 Peut travailler en proximité physique avec d'autres personnes																	
8.5 Assurer l'encadrement																	
8.6 Travailler en équipe																	
8.6.1 Communique avec ses collègues de travail																	
8.6.2 Communique avec ses supérieurs																	
8.6.3 Peut suivre et mettre en pratique une consigne																	
8.6.4 Peut participe à des réunions																	

Date de l'évaluation :

Capacité de la personne concernée :						Date de l'évaluation :					
8.7 Exercer des tâches physiques											
8.7.1 Peut soulever, déplacer des charges											
8.7.2 Peut travailler en flexion du tronc											
8.7.3 Peut travailler en attitudes variées											
8.7.4 Peut travailler accroupi											
8.7.5 Peut travailler en hauteur (escabeau, échelle, échafaudage...)											
8.7.6 Peut travailler à distance du sol (sur un pont, un toit, un balcon...)											
8.7.7 Peut travailler le mb. sup. dominant levé au dessus du niveau des épaules											
8.7.8 Peut travailler le mb. sup. non dominant levé au dessus du niveau des épaules											
8.7.9 Peut utiliser une commande avec les pieds											
8.8 Exercer des tâches dans des conditions particulières											
8.8.1 Peut voir les couleurs											
8.8.2 Peut percevoir le relief											
8.8.3 Peut travailler de nuit											
8.8.4 Peut assumer des modifications d'horaires											
8.8.5 Peut assumer des missions très répétitives (travail peu varié, répétitif)											
8.8.6 Peut utiliser des outils et/ou machines dangereuses											
8.8.7 Peut conduire et/ou manier des engins (Fenwick, transpalette, etc.)											
8.8.8 Peut travailler avec vibrations											
8.8.9 Peut travailler en milieu bruyant											
8.8.10 Peut travailler en milieu à fortes odeurs, ou odeurs particulières											
8.8.11 Peut travailler en milieu avec lumière artificielle											
8.8.12 Peut travailler dans des contextes respiratoires particuliers											
8.8.13 Peut travailler avec risque cutané											
8.8.14 Peut s'exposer aux intempéries, à une atmosphère exceptionnelle											
8.8.15 Autre (préciser)											

Pour le domaine "tâches et exigences relatives au travail", les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

	Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain						
	Aide de professionnels	Accueil dans un établissement médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ Pour enfant ☐ Pour adulte	☐ Accueil de jour ☐ Accueil temporaire ☐ Famille d'accueil ☐ CRP - CPO ☐ UEROS ☐ ESAT ☐ autre accueil médico-social : préciser _____ _____	Quotité (1/2 journée / semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social : ☐ Spécialisé autisme ☐ non spécialisé autisme	☐ SAMSAH ☐ SAVS ☐ autre accompagnement médico-social (préciser) : _____ _____ _____		Fréquence (interventions par semaine)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
		Accompagnement par autres dispositifs : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ SAE ☐ CAP emploi ☐ Missions locales ☐ Autres (préciser) : _____ _____ _____ _____			☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

	Type d'aide	Modalité	Précisions sur les quantités	Niveau de satisfaction de la personne
	Autres aides : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme	☐ Codeur en LPC ☐ Traducteur en LSF ☐ Technicien de l'écrit ☐ Tutorat ☐ Job coach ☐ Autres (préciser) : _____ _____ _____ _____	Temps (quotidien)	☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait
	Autres aides en libéral : ☐ Formé à l'autisme ☐ non formé à l'autisme ☐ Formé à l'Analyse Appliquée du Comportement (ou ABA)	☐ Educateur spécialisé ☐ Aide médico-psychologique ☐ autre (préciser) : _____ _____ _____		
Autres aides				
	Aménagement du poste de travail	☐		☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

GUIDE D'EVALUATION

VOLET AIDES MISES EN ŒUVRE (VOLET 7)

INTERVENTIONS DE L'ENTOURAGE

☐ Sans objet

Nom des aidants			
Coordonnées (si différentes de la personne handicapée)			
Aidant principal ? ☐ oui ☐ non			
Parent isolé ☐ oui ☐ non			
Salarié par la personne handicapée ☐ oui ☐ non			
Retraité ☐ oui ☐ non			
Si l'aidant est dédommagé, ou si c'est le parent d'un jeune de moins de 20 ans a-t-il dû, pour aider la personne handicapée :			
☐ Renoncer à travailler			
☐ Arrêter de travailler			
☐ Réduire son temps de travail			
Si oui : préciser la quotité du temps partiel travaillé :			
Besoins exprimés par les aidants :			

INTERVENTION DE PROFESSIONNELS☐ Sans objet

Nom des structures ou dispositifs			
Coordonnées (si différentes de la personne handicapée)			
Parent			
Professionnel référent			
Date d'admission			
Projet de sortie ou de fin de prise en charge (oui / non)			
Délais			

RECAPITULATIF DES AIDANTS PROFESSIONNELS INTERVENANT REGULIEREMENT (salariés ou en libéral) : (*cocher les cases correspondantes)

Professionnels* :	Salarié*	Libéral*	Formé à l'autisme*	Formé à l'Analyse Appliquée des Comportements*
☐ Aide à domicile :				
☐ Auxiliaire de vie :				
☐ Aide médico-psychologique :				
☐ Infirmier :				
☐ Kinésithérapeute :				
☐ Ergothérapeute :				
☐ Psychomotricien :				
☐ Orthophoniste :				
☐ Psychologue :				
☐ Educateur :				
☐ Assistant de service social :				
☐ Conseiller en éducation sociale et familiale :				
☐ Codeur en LPC :				
☐ Traducteur en LSF :				
☐ Technicien de l'écrit :				
☐ Autre (préciser) :				

PRECISIONS SUR L'ARTICULATION ENTRE LES AIDANTS PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS FAMILIAUX : (et les conditions de sa mise en œuvre : aide aux aidants...)☐ Sans objet**PRECISION SUR LES LITIGES EN COURS CONCERNANT LES AIDES MISES EN ŒUVRE**

Existence d'un litige en cours concernant des aides mises en œuvre ou à mettre en œuvre (en lien avec le handicap, concernant par exemple l'assurance maladie, l'employeur, une assurance...) : ☐ oui ☐ non

Préciser :

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tableau 1 : Organisation d'une journée type (*comprend la nuit en cas d'intervention nocturne,*)

☐ Sans objet

Horaire	Activité de la personne handicapée	Aidant et type d'aide

NOM de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

--	--	--

Tableau 2 : Les professionnels qui concourent au projet de scolarisation ou d'études supérieures en cours

☐ Sans objet

	<i>nom</i>	<i>tâche</i>	<i>Temps total d'intervention hebdomadaire</i>	Remarques
Responsable de l'établissement				
Coordinateur du projet de scolarisation / études				
Enseignant référent				
Enseignant complémentaire				
Médecin scolaire / PMI / universitaire				
Psychologue scolaire ou Conseiller d'orientation psychologue ou autre psychologue ...				
RASED				
Assistante sociale				
Accompagnement individuel (AESHi / AVU, codeur LPC, interprète LSF tutorat, technicien de l'écrit, etc....)				
Accompagnement collectif (AESH Co., AESH mutualisée)				
Ergothérapeute				
Infirmière				
Autre (préciser)				

NB : les services et structures médico-sociaux sont renseignés dans le volet 6 et au début du volet 7

Tableau 3 : Emploi du temps hebdomadaire type :☐ sans objet

	<i>lundi</i>	<i>mardi</i>	<i>mercredi</i>	<i>jeudi</i>	<i>vendredi</i>	<i>samedi</i>	<i>dimanche</i>
Avant 8h00							
Matinée							
Déjeuner							
Après midi							
Dîner							
Soirée							
Nuit							

GUIDE D'EVALUATION SYNTHESE DE L'EVALUATION (VOLET 8)

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

Echanges avec la personne handicapée à propos de l'évaluation

Éléments relatifs aux critères d'éligibilité et permettant à la CDA 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 :

Mise en évidence des besoins de compensation

Besoins identifiés		Détail	Réponses envisagées
1�- Besoins en matière de soins			
2�- Besoins en matière d'autonomie			
	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		
Besoins transversaux en matière d'autonomie			
	Pour communiquer		
	Pour assurer sa sécurité		
	Pour un répit des parents et des aidants		
	Pour assurer une présence des parents ou des aidants		
3�- Besoins en matière de ressources			
4�- Autres besoins			