

<p align="center">Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service MDA de l'Isère - Version adulte</p>
--

Ce bilan type peut être utilisé par les établissements et services accompagnant des adultes en situation de handicap dans le cadre d'un dossier demande à la Maison Départementale de l'Autonomie :

- Pour une demande de renouvellement d'orientation vers un établissement ou service médico-social (qu'elle soit ou non simplifiée)
- Pour une demande de révision de l'orientation vers un autre établissement ou service médico-social,
- Pour toute autre demande auprès de la MDA, notamment les demandes d'orientation professionnelles

L'objectif de ce bilan est de permettre à l'équipe d'évaluation médico-sociale de la Maison Départementale de l'Autonomie d'avoir la vision la plus complète possible des répercussions du handicap dans le quotidien de la personne ainsi que de ses besoins, afin d'évaluer au mieux les droits et prestations qui peuvent être proposés.

Ce bilan type est proposé à titre indicatif, chaque établissement ou service pouvant transmettre à l'utilisateur un bilan sous une autre forme. Néanmoins un bilan est indispensable pour l'équipe d'évaluation et doit impérativement être joint dans le dossier demande (ou avec la fiche de saisine dans le cas d'une procédure simplifiée).

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Identité du bénéficiaire

Nom et prénom.....

Date de naissance.....

Mesure de protection

- Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice
 Habilitation familiale Aucune mesure de protection juridique

Identité du représentant légal :.....

Situation actuelle

- Etablissement ou service médico-social

Nom et type d'établissement :.....

Date d'entrée dans l'établissement :.....

- Si hospitalisation (précisez les périodes et transmettre les comptes d'hospitalisation) :

.....

- Autre, précisez :

Type d'accueil

- Temporaire Permanent Répit

Régime d'accueil

- Internat Semi internat Externat Accueil de nuit

Parcours de la personne depuis sa naissance (histoire familiale et institutionnelle)

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Autonomie dans les actes de la vie quotidienne :

Se laver	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
S'habiller/se déshabiller	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Prendre ses repas	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Faire ses transferts	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Aptitude à entretenir son espace personnel	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....

Autonomie dans les déplacements

Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Utiliser les transports en communs	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Sait compter	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observations :
--------------	---

Relations aux autres :

Capacité à être dans un groupe restreint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observations :
Capacité à être dans un grand groupe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observations :
Aptitude pour gérer ses rendez-vous extérieur (médicaux, activités, ...)	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :
Se met, par son comportement en danger pour gérer sa sécurité	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais Observations :
Maîtrise son comportement dans ses relations avec autrui	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais Observations :

Relations avec les professionnels :

.....

Avec ses pairs : :

.....

Avec l'entourage familial ou amical : :

.....

Autre(s), précisez:

.....

Vie courante

Faire son ménage	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :
------------------	---

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Faire ses courses	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Gérer son argent au quotidien	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Faire des démarches administratives	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Gérer son temps libre	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....
Avoir des activités de loisirs	<input type="checkbox"/> Effectue seul(e) <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation verbale <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Besoin d'aide totale Observations :.....

Domaine médical et paramédical

Observance des traitements médicaux	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais Observations :.....
Participation aux soins médicaux et paramédicaux	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais Observations :.....

Prises en charge (nature et fréquence) :

Nature	Fréquence	Besoins spécifiques

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Planning hebdomadaire (à joindre si besoin)

Conclusions sur la prise en charge de l'utilisateur dans l'établissement :

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

Objet de la demande d'orientation

- Renouvellement
- Réorientation

Si oui merci de préciser les difficultés rencontrées et les besoins non couverts par la prise en charge actuelle :

.....

Type d'orientation envisagée :

- ESAT
- Etablissement d'accueil médicalisé
- Etablissement d'accueil non médicalisé
- MAS
- SAVS
- SAMSAH
- Autre établissement ou service adulte :
- Autre orientation :

Démarches réalisées :

- Contact
- Visites
- Stage réalisé (joindre le compte-rendu le cas échéant)
- Aucune

**Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère – Version adulte**

Renseignements complémentaires :

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

Nom et prénom du référent :
Fonction :
Téléphone :
Mail :

Signature de l'utilisateur ou représentant légal	Signature du responsable de l'ESMS
Date de signature :	Date de signature :