

FICHE DE LIAISON DESTINÉE A L'USAGER ET / OU A SON RESPONSABLE LÉGAL ET ENTOURAGE

IDENTITÉ DE L'USAGER		
NOM :	Prénom :	
Adresse :	Téléphone :	
<i>Si vous remplissez ce document pour l'utilisateur, merci de préciser votre identité :</i>		
<i>Vous répondez en qualité de :</i> <i>(Veuillez préciser)</i>	<i>Membre de la famille</i>	<i>Représentant légal (curateur tuteur)</i>
<i>Autre :</i>		

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de réaliser une évaluation globale et de mesurer le degré d'autonomie de la personne en situation de handicap dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à la situation.

RETENTISSEMENTS DE LA MALADIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

Actes essentiels (entretien personnel et déplacements)				
Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
Se laver S'habiller / Se déshabiller Prendre ses repas				
Se déplacer à l'extérieur Utiliser les transports en commun Conduire un véhicule				

Vie domestique et vie courante				
Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
Faire ses courses Préparer un repas simple				
Faire son ménage Entretien de son linge et ses vêtements				
Gérer son budget, faire ses démarches administratives				
Vivre seul dans un logement indépendant Partir en vacances				

Tâches et exigences générales, relation avec autrui, communication				
Activités	Effectue seul	Effectue avec stimulation	Effectue avec une surveillance continue	N'effectue pas ou de manière inconstante
S'orienter dans le temps S'orienter dans l'espace Prendre des décisions et initiatives				
Gérer sa sécurité Maîtriser son comportement Utiliser des appareils de communication				

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (Plan d'aide déjà en place, contexte familial, social, emploi, logement, ressources, etc.) :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur autorise la personne de confiance désignée plus haut à transmettre ces informations à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Date :
Signature de la personne de confiance

Date :
Signature de l'utilisateur