



**D.É.S.I.R.**  
**DÉMARCHE D'ÉVALUATION**  
**D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE ET DE RÉPONSE**

<b>1.</b>	<b>SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE</b>	<b>2</b>
a.	IDENTITE	2
b.	PREMIERE DEMANDE	2
c.	STATUT MATRIMONIAL	3
d.	MODE D'HABITATION	3
e.	SITUATION ADMINISTRATIVE	3
<b>2.</b>	<b>SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES FONCTIONS</b>	<b>5</b>
a.	ORGANE DES SENS	5
b.	FONCTIONS SUPERIEURES	5
c.	COMPORTEMENT	5
d.	MEDICAL	6
e.	ACTIVITES MOTRICES	6
f.	AUTRES	6
<b>3.</b>	<b>SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES</b>	<b>7</b>
a.	ACTES ESSENTIELS	7
b.	ACTIVITES DOMESTIQUES	7
c.	ACTIVITES SOCIALES	7
<b>4.</b>	<b>SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT</b>	<b>8</b>
a.	ADAPTATION DU LOGEMENT	8
b.	INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS	8
c.	INTERVENTION DE L'ENTOURAGE	8
d.	RESSOURCES	9
e.	HABITUDES DE VIE	9
f.	AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE	9
<b>5.</b>	<b>SYNTHESE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE</b>	<b>10</b>

Date de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

# 1. SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE

## a. IDENTITE

---

Nom : .....

.....

Prénom : .....

Age : .....

Sexe : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

e-mail : .....

### *Personnes à contacter :*

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

### *Médecin :*

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

### *Tuteur :*

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

.....

**Présence d'animaux domestiques**

Si oui précisez : .....

## b. PREMIERE DEMANDE

---

Nom du demandeur : .....

Lien avec la personne concernée : .....

Termes de la demande : .....

.....

.....

.....

*Commentaires :*

### c. STATUT MATRIMONIAL

---

Célibataire  Marié  Veuf  Divorcé  Vie maritale  PACS

### d. MODE D'HABITATION

---

- Domicile privé
- Propriétaire
  - Locataire
  - Seul
  - Couple
  - Cohabitation, éventuellement spécifier :  
.....
- Domicile collectif :  
Spécifier la catégorie de l'établissement : .....

La personne concernée est, au jour de la demande :

- A son domicile
- Hospitalisée
- En hébergement
- Autres : .....

### e. SITUATION ADMINISTRATIVE

---

Date de naissance : .....

N° Sécurité Sociale : ..... *Eventuellement,*  
..... Nationalité : .....  
*Autre couverture sociale, spécifier :*  
.....

Protection juridique : .....  
.....

Situation au moment de la demande :

- Retraité                       $\longrightarrow$  Régime de base : .....  
Caisse Complémentaire : .....
- Pré-retraité                       $\longrightarrow$   Couverture Sociale     Couverture  
Entreprise
- Activité (*spécifier*) : .....
- Accident du Travail                       N'a jamais travaillé
- Invalidité                                       Autre : .....
- Demandeur d'emploi

Situation socioprofessionnelle :

<i>Nomenclature</i>	Père	Mère	Tuteur
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnaire ou assimilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commerçant, artisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rmiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ( <i>à préciser</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Présence d'autres adultes au foyer :

Lien de parenté	Nombre
Enfants majeurs	
Enfants mineurs	
Grands-parents	
Parents	
<i>Autres (à préciser) :</i>	
<i>Sans lien de parenté (à préciser) :</i>	

Enfants mineurs :

*(Pour les adultes en situation de handicap)*

Nombre d'enfants total présents ou non au foyer : .....

*Commentaires :*

## 2. SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES FONCTIONS

### a. ORGANE DES SENS

---

- **Vue**             mauvaise (*sans correction*)  mauvaise (*malgré correction*)      
  cécité
- **Ouïe**            mauvaise (*sans correction*)  mauvaise (*malgré correction*)      
  sourd
- **Parole**         mauvaise     ne parle pas

*Commentaires :*

### b. FONCTIONS SUPERIEURES

---

- **Orientation temps / espace**     défectueuse     absente
- **Compréhension**                     défectueuse     absente
- **Mémoire**                               défectueuse     absente

*Commentaires :*

### c. COMPORTEMENT

---

- **Relationnel :**     paraît « perturbé »
- **Paraît déprimé / anxieux :** .....
- **Troubles psychiatriques connus :** .....

*Commentaires :*

#### d. MEDICAL

---

*Connaissance de :*

- Problème cardiaque
- Problème respiratoire
- Problème digestif
- Problème allergique
- Problème d'incontinence

Existence de maladie(s)  
chronique(s) : .....

.....  
*Expression de la personne sur :*

- Douleurs
- Fatigue
- Autres

Points nécessitant une (des) préconisation(s) particulière(s) :

#### e. ACTIVITES MOTRICES

---

**Membres supérieurs :**

- Utilisation des bras :  défectueuse                       aucune
- Utilisation des mains :  défectueuse                       aucune

**Mobilité du Tronc :**     avec difficulté     aucune mobilité

**Membres inférieurs :**

- Marche :                       difficulté                       appareillée                       ne marche pas

#### f. AUTRES

---

### 3. SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES

(liste non exhaustive, qui appelle des suppléments ou commentaires)

#### a. ACTES ESSENTIELS

---

**Difficulté pour :**

- |   |                                    |                                 |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| Toilette :  | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Habillage :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Transferts :<br>(se lever, se coucher, s'asseoir, se mettre debout) | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Déplacement intérieur :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Alimentation :  | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Aller aux toilettes :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Prendre ses traitements :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Assurer sa sécurité :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Communiquer :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
- .....

Commentaires :

#### b. ACTIVITES DOMESTIQUES

---

**Difficulté pour :**

- |                             |                                    |                                 |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Entretien du logement :     | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Entretien du linge :        | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Courses :                   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Préparation des repas :     | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Démarches administratives : | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Gestion du budget :         | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
- .....

Commentaires :

#### c. ACTIVITES SOCIALES

---

**Difficulté pour :**

- |   |                                    |                                 |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| Déplacement extérieur :   | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Utilisation des transports :  | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Vie relationnelle chez soi :  | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
| Se rendre sur les lieux de vie sociale :<br>(Travail, loisirs, formation) | <input type="checkbox"/> partielle | <input type="checkbox"/> totale |
- .....

Commentaires :

## 4. SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT

*Cette partie devrait permettre d'affiner les éléments de contexte pour mieux adapter les préconisations tout en prenant en compte l'avis de la personne concernée.*

### a. ADAPTATION DU LOGEMENT

---

Précisez si nécessaire :

Nombre de pièces : .....  
Accessibilité extérieure :  difficile .....  
Accessibilité intérieure :  difficile .....  
Espaces de vie (sanitaires, cuisine) : .....  
 inadaptés .....  
Equipements spécifiques (barres d'appui,...) :  inadaptés .....

### b. INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS

---

<i>Profession</i>	<i>Activités compensées</i>

### c. INTERVENTION DE L'ENTOURAGE

---

<i>Lien avec l'entourage</i>	<i>Activités compensées</i>



d. RESSOURCES

---

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

e. HABITUDES DE VIE

---

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

f. AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE

---

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

## 5. SYNTHÈSE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE

Date de l'évaluation : ...../...../.....

Nom de l'évaluateur : .....

### a. Signalement

L'entretien est réalisé avec Madame, Monsieur\* .....

Agé(e) de ..... ans

Vivant à son domicile      seul(e) / avec\* .....

.....

Sous tutelle\*

En présence de .....

Elle / lui\*

Sa fille / son fils\*

Son épouse / son époux\*

Une personne de son entourage



nous a contacté

le .....

par      - téléphone

- visite dans les locaux\*

Et nous a signalé que :

### b. Besoins

La visite à domicile a révélé que Madame, Monsieur\*

a un problème de.....

Il / elle ne peut plus faire seul(e) .....

.....

.....

\* Rayer la mention inutile.

Il / elle vit dans un logement adapté / inadapté\*

Son fils/fille, époux/épouse, entourage non professionnel (préciser.....)\*

Fait .....

.....

D'autres professionnels interviennent pour .....

.....

.....

Il / elle dit - qu'il/elle souhaite .....

.....

- qu'il/elle ne souhaite pas .....

.....

- ne s'exprime pas\*.

### c. Proposition de projet d'accompagnement

*Les propositions devront être en adéquation avec la situation individuelle de la personne, en tenant compte de son avis, de son environnement, de ses ressources et de l'existence de dispositifs adéquats.*

Elles devront être argumentées et détaillées et sont le fruit d'une négociation entre le demandeur et l'évaluateur.

### PRÉCONISATIONS DANS LES SIX REGISTRES DE RÉPONSES

---

Médical

.....

Soins

.....

Habitat

.....

Aides techniques

.....

Aide humaines

.....

Aide aux aidants

.....