

GRILLE D'ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Si vous le souhaitez, vous pouvez joindre à votre dossier MDPH ce document complété avec l'aide d'un aidant de votre choix : soit une personne qui vit en proximité avec vous, soit un professionnel (soignant, accompagnateur social).

Nom : Prénom : Date de naissance :

Cocher la case qui convient le mieux d'un commun accord avec la personne avec laquelle vous remplissez cette grille.

	Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
Hygiène de vie				
Assure sa propreté corporelle et vestimentaire				
Prend soin de son état de santé général				
S'alimente régulièrement et de façon appropriée				
Assure une stabilité suffisante de son rythme de vie				
Sait définir ses besoins matériels (vêtements, mobilier, alimentation...)				
Entretient son lieu de vie				
Gestion des soins				
Suit sa prescription médicamenteuse				
Se rend à ses RDV en rapport avec les soins				
Interpelle les professionnels de santé en cas de besoin				
Mobilité				
Se déplace à l'extérieur				
Utilise les moyens de transports de manière appropriée				
S'oriente dans un lieu nouveau				
Activité				
Se lève à temps pour gérer son planning quotidien				
Occupe son temps				
S'organise de manière à finaliser ses activités de vie quotidienne				
Arrive à se concentrer sur les différentes tâches				
S'engage dans des initiatives personnelles				
Se mobilise pour mener à bien ses projets				
Communication et vie relationnelle				
Va vers les autres				
Se rend dans les lieux publics				
Investit et entretient des relations				
S'adapte de manière cohérente dans la communication avec autrui				
Exprime ses besoins, ses désirs, ses opinions en tenant compte de ceux des autres				
Gère les situations relationnelles stressantes (angoissantes, conflictuelles...)				
Utilise les outils de communication (téléphone, internet, courrier)				
Gestion des responsabilités civiles et financières				
Respecte les règles de la vie en société				
Fait valoir ses droits				
Sait évaluer les risques (pour soi et pour les autres)				
Gère son budget et ses biens				
Mémoire les informations utiles				
Fait les démarches administratives nécessaires				
En situation professionnelle (optionnel)				
Respecte les contraintes professionnelles				
Assimile de nouvelles connaissances				
Fournit des efforts prolongés et soutenus				
Maintient son attention et sa concentration dans la durée				
Se sert de la critique pour évoluer				

Si vous le souhaitez, indiquer vos attentes, vos besoins, vos souhaits, vos remarques :

Je confirme que ce document a bien été rempli conjointement avec la personne (l'aidant) qui me vient en aide pour mes démarches dans la vie quotidienne :

Nom de l'aidant : M.....

Lien avec le patient (famille, ami, soignant, accompagnateur, autre à préciser) :

.....

Date :

Signature de l'intéressé :

Signature de l'aidant :

Les intervenants qui évaluent votre situation sont soumis au respect du secret professionnel, conformément à l'article L 241-10 du Code de l'action sociale et des familles, *les membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et de l'équipe pluridisciplinaire sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.*

Document à retourner avec votre dossier à la :

Maison Départementale des Personnes Handicapées – MDPH

13, rue Poret de Blosseville - 76100 ROUEN

☎ 02 32 18 86 87 – Mail : mdph@seinemaritime.fr