

Questionnaire en 3 volets spécifique aux troubles psychiques

Documents à compléter **exclusivement à l'encre noire**

Volet N°1 : votre situation, vos besoins et attentes

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénom :

V/Réf MDPH :

Adresse :

Ma situation

Je suis :

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ En concubinage

☐ Séparé(e)

☐ Divorcé(e)

Je vis :

☐ Seul(e)

☐ En couple

☐ En compagnie d'un(e) ami(e)

☐ Chez un membre de ma famille

Mon logement :

☐ Je dispose d'un logement en tant que :

☐ Propriétaire

☐ Locataire

☐ Dans une autre situation (préciser) :

Mes ressources actuelles sont constituées de :

☐ Salaire

☐ AAH

☐ RSA

☐ Indemnités journalières

☐ Pension d'invalidité (Transmettre une copie de votre titre de pension)

☐ Pension de retraite

☐ Autres (préciser) :

Je travaille :

☐ En ESAT (milieu protégé)

☐ En entreprise adaptée

☐ En entreprise ou administration

☐ Autres (préciser) :

Je ne travaille pas, je suis actuellement :

☐ Invalidité

☐ Licencié(e) pour inaptitude

(Transmettre l'avis de la médecine du travail)

☐ Retraite

☐ Autres (préciser) :

J'ai déjà travaillé : ☐ oui ☐ non

Mon dernier emploi s'est terminé le :

J'ai arrêté ma scolarité à : ans

Mon niveau scolaire ou de formation est :

Je reçois de l'aide pour :

☐ Préparer mes repas

☐ Entretenir mon linge

☐ Entretenir mon logement

☐ Faire ma toilette et m'habiller

☐ Gérer mon budget

☐ M'accompagner dans mes démarches administratives

☐ M'accompagner dans certaines activités – Lesquelles ?

Ces aides me sont apportées par :

☐ Ma famille ☐ Un(e) ami(e) ☐ Un travailleur social ☐ Une aide à domicile ☐ Autres (mandataire, voisin, etc.) – préciser :

☐ Je ne reçois pas d'aide

☐ Je ne souhaite pas d'aide

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Adresse postale : Centre Administratif Départemental, 1 Boulevard du Port – CP 70502 – 80037 AMIENS Cedex

Numéro Azur 0 810 119 720 – tél : 03 22 97 24 10 – télécopie : 03 22 97 24 19 – www.somme.fr

- 1/7 -

Activités pour lesquelles j'ai besoin d'un soutien ou d'une aide

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide lors de mes déplacements (crainte, appréhension, difficultés etc.) pour :

- ☐ Sortir de mon domicile
- ☐ Utiliser les transports en commun
- ☐ Conduire un véhicule
- ☐ Effectuer des démarches administratives
- ☐ Faire des courses
- ☐ M'aider à respecter les horaires
- ☐ Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans ma vie quotidienne pour :

- ☐ Améliorer mon hygiène corporelle
- ☐ Améliorer mon hygiène alimentaire
- ☐ Préparer mes repas
- ☐ Entretenir mon logement et mon linge
- ☐ Apprendre à me protéger (abus de ma personne, vols, intrusions, etc.)
- ☐ Gérer mon budget et mes papiers
- ☐ Ne pas oublier de prendre mon traitement
- ☐ Avoir un suivi médical régulier
- ☐ Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans mes relations avec autrui pour :

- ☐ Participer à la vie sociale (loisirs, culture, sports, etc.)
- ☐ Communiquer avec ma famille, mes amis, etc.
- ☐ Éviter l'isolement
- ☐ Affronter le regard des autres
- ☐ Autres (préciser) :

J'ai besoin d'un soutien et/ou d'une aide dans ma vie professionnelle pour :

- ☐ Une remise à niveau de mes connaissances générales
- ☐ Évaluer si, aujourd'hui, je suis en capacité de travailler
- ☐ Rechercher un emploi ou une formation
- ☐ Autres (préciser) :

Mes attentes

**Je souhaite avoir une information sur les possibilités d'être accompagné(e) dans ma vie quotidienne.
Je souhaite formuler les observations et/ou remarques suivantes :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à Le / / Signature du demandeur



L'ABSENCE DE RÉPONSE À CE QUESTIONNAIRE PEUT ENTRAÎNER UN AVIS TECHNIQUE IMPOSSIBLE À L'ÉVALUATION DE VOTRE SITUATION

Volet N°2 : questionnaire à destination de l'entourage

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les domaines de sa vie quotidienne afin de déterminer les droits les mieux adaptés à ses besoins.

Ce document est à remplir par l'aidant qui vit en proximité de la personne (un membre de sa famille), ou une personne référente.

L'aidant ou la personne référente :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Monsieur :

• En qualité de :

- ☐ Représentant légal (tuteur, curateur, etc.)
☐ Travailleur social
☐ Membre de sa famille, lien de parenté à préciser :
☐ Personne de confiance
☐ Autres (préciser) :

• Vivez-vous avec la personne concernée ?

OUI ☐ NON ☐

• Fréquence des contacts :

• Rempli en présence du demandeur :

OUI ☐ NON ☐

Le demandeur :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,.....
autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à la MDPH de la Somme.

Fait à, le / /

Signature du demandeur :



ACTES ESSENTIELS (entretien et déplacements)

Activités	Fait seul	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Se laver						
S'habiller/se déshabiller						
Prendre ses repas						
Prendre son traitement						
Prendre soin de sa personne						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser les transports en commun						
Conduire un véhicule						

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Adresse postale : Centre Administratif Départemental, 1 Boulevard du Port – CP 70502 – 80037 AMIENS Cedex

Numéro Azur 0 810 119 720 – tél : 03 22 97 24 10 – télécopie : 03 22 97 24 19 – www.somme.fr

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE						
Activités	Fait seul	Fait quand on lui demande	Fait quand on est avec lui	Ne fait presque jamais	Ne fait pas	Observations
Faire ses courses						
Préparer un repas simple						
Faire son ménage						
Entretenir son linge et ses vêtements						
S'occuper de sa famille						
Gérer son budget, faire les démarches administratives						
Vivre seul dans un logement indépendant						
Avoir des relations de voisinage						
Participer à la vie sociale et civique						
Partir en vacances						
Occuper sa journée						
Avoir des activités de loisirs à l'extérieur						

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION				
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Fixer son attention				
Mémoriser				
Prendre des décisions				
Prendre des initiatives				
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée ou imprévue), éviter un danger				
Maîtriser son comportement (émotion, pulsions) dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				
Mener une conversation				

Avez-vous un avis sur la capacité actuelle de la personne à exercer une activité professionnelle ?

.....

Informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire (contexte familial et social, emploi, logement, ressources, etc.)

.....

Fait à Le / /

Signature de la personne ayant rempli le questionnaire
 et le cas échéant le cachet de l'organisme :

Volet N°3 : certificat médical à destination du médecin psychiatre

Nom du patient(e) : Né(e) le :
 Prénom :
 Adresse :

1. Quelle personne est à l'origine de la demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées? :

- ☐ l'intéressé(e)
☐ la famille
☐ l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)
☐ son représentant légal (tuteur, curateur, etc.)
☐ travailleurs sociaux

2. S'agit-il :

- ☐ d'une première consultation médicale spécialisée ?
☐ d'une prise en charge thérapeutique :
 ☐ depuis quand ?
 ☐ dans quel service ?
☐ d'une hospitalisation en cours ?
 ☐ oui, dans quel service ?
 ☐ non

3. Quel est le diagnostic?

- ☐ âge et mode de début
☐ évolution des troubles
☐ l'état est-il : stabilisé
☐ non stabilisé

4. Description précise de la symptomatologie psychiatrique :

.....

5. Traitement actuel, compliance et adhésion, effets secondaires :

.....

6. Retentissement actuel de l'affection sur l'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne :

- ☐ toilette
- ☐ habillage
- ☐ alimentation
- ☐ élimination
- ☐ déplacements à l'extérieur du logement

7. Types et nombre de prise en charge au cours des mois précédents :

- ☐ Hospitalisations
- ☐ hôpital de jour
- ☐ C.A.T.T.P
- ☐ C.M.P
- ☐ consultations externes

8. Activité professionnelle envisageable :

☐ **Soit en milieu ordinaire de travail (Marché du travail y compris entreprise adaptée)**

🔗 **Pour rappel** : les entreprises adaptées font partie du milieu ordinaire de travail depuis la loi du 11 février 2005.

☐ **Soit en milieu protégé (Travailleur handicapé en ESAT)**

🔗 **Pour rappel** : Les ESAT assurent un soutien médico-social et éducatif et offrent des activités à caractère professionnel à des personnes handicapées ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité d'une personne valide mais dont l'aptitude potentielle à travailler est suffisante et justifie l'admission en ESAT.

♦ L'intéressé(e) peut assurer un travail :

- ☐ à temps plein
- ☐ à temps partiel

♦ Il ou elle peut travailler :

- ☐ seul
- ☐ en collectivité
- ☐ en équipe

♦ A t-il / A t-elle besoin d'un encadrement ? :

- ☐ oui
- ☐ non

♦ Il ou elle est capable :

- ☐ de respecter les contraintes horaires
- ☐ d'être en contact avec le public

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Adresse postale : Centre Administratif Départemental, 1 Boulevard du Port – CP 70502 – 80037 AMIENS Cedex
 Numéro Azur 0 810 119 720 – tél : 03 22 97 24 10 – télécopie : 03 22 97 24 19 – www.somme.fr

9. D'autres informations sont-elles utiles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le : / /

Signature:

Cachet obligatoire du
médecin psychiatre



L'ABSENCE DE RÉPONSE À CE QUESTIONNAIRE PEUT ENTRAÎNER UN AVIS TECHNIQUE IMPOSSIBLE
À L'ÉVALUATION DE VOTRE SITUATION