

Bilan type de l'accompagnement au sein d'un établissement ou service
MDA de l'Isère - Version enfant

Ce bilan type peut être utilisé par les établissements et services accompagnant des enfants 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, ou vers un établissement pour adulte
- Pour toute autre demande auprès de la MDA, notamment les demandes d'orientation scolaires ou 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 enfant**

Identité du bénéficiaire

Nom et prénom.....

Date de naissance.....

Identité des représentants légaux :

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 enfant**

Autonomie dans la communication

Communiquer	<input type="checkbox"/> Par la parole <input type="checkbox"/> Communication non verbale <input type="checkbox"/> Pas de communication <input type="checkbox"/> Aide technique préciser : Observations :
Comprendre une consigne, une phrase simple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Observations :
Comprendre une consigne, une phrase complexe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Observations :
Utiliser le téléphone	<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 d'autre appareil et techniques de communication	<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 :

Autres compétences :

S'orienter dans le temps	<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'orienter dans l'espace	<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 :
Sait lire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observations :
Sait écrire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observation :
Sait compter	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, avec difficulté <input type="checkbox"/> Non Observations :

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

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

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 :.....
Suivre des consignes	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais Observations :.....

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

Accepter les consignes	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
	Observations :
Est assidu en activité	<input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais
	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

Planning hebdomadaire (à joindre si besoin)

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

.....

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

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 :

- SESSAD
- IME /IEM
- DITEP
- Autre établissement ou service enfant :
- 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

Renseignements complémentaires :

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

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

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 :