



#### 4 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELLE :

Hospitalisation en cours  OUI  NON

Si OUI, depuis quand ? ..... Dans quel établissement ? .....

C.A.T.T.P.

C.M.P.

Consultations externes

Hôpital de jour

Autre à préciser.....

#### 5 – CAPACITES DE TRAVAIL :

**Votre avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...)**

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

Les conséquences du handicap sur le plan professionnel vont-elles durer plus d'un an ?  OUI  NON

#### 6 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

##### ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)

Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
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	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Partir en vacances					

##### 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				
Prendre des décisions/des initiatives				
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)				
Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				

Cachet obligatoire du service

Date

Signature