

(PROVISOIRE) - EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE STRUCTURE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Raison sociale de l'ESMS

Numéro Finess géographique de l'ESMS Numéro Finess juridique de l'ESMS

Statut juridique Privé non lucratif Public Privé commercial

Code postal Ville

Type de structure

<input type="checkbox"/> CAFS	<input type="checkbox"/> Centre de pré-orientation	<input type="checkbox"/> Centre de rééducation
<input type="checkbox"/> EEAP	<input type="checkbox"/> ESAT	<input type="checkbox"/> FAM ou EAM
<input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement ou EANM	<input type="checkbox"/> IDA	<input type="checkbox"/> Foyer de vie pour AH ou EANM
<input type="checkbox"/> IME	<input type="checkbox"/> ITEP	<input type="checkbox"/> IDV
<input type="checkbox"/> SAVS	<input type="checkbox"/> SESSAD	<input type="checkbox"/> MAS
	<input type="checkbox"/> IEM	<input type="checkbox"/> SAMSAH
	<input type="checkbox"/> Autres types d'ESMS, préciser :	<input type="text"/>

CAPACITÉ

Capacité au 01.01.2022	Autorisée	Installée
accueil de jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>
accueil de nuit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
accueil de jour et de nuit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
accompagnement sur les lieux de vie (service)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DONNÉES D'ACTIVITÉ ANNUELLE

	2019	2021	
Nombre de places installées au 31.12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
détailler par type de clientèle :			
Autisme et autres TED	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cérébro-lésions	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Déficiences auditives	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Déficiences intellectuelles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Déficiences métaboliques, viscérales et nutritionnelles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Déficiences motrices	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Déficiences visuelles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnostiques en cours	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Polyhandicap	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Troubles du comportement et de la communication (TCC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Troubles du langage et des apprentissages	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Troubles du psychisme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autres types de déficiences	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Est-ce que vous déclarez votre activité ?	2019	2021	2022
en nombre de journées réalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en nombre de séances réalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les deux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2019	2021	
Nombre de journées réalisées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de séances réalisées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DONNÉES COMPTABLES

	2019	2021
Produits des comptes 73 "dotations et produits de tarification" (en euros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Source : Budget prévisionnel / EPRD

CORRESPONDANTS DE L'ÉTUDE

Chef de projet

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Interlocuteur RAMSECE-PH

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

DPO (Délégué à la protection des données)

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Protection de vos données personnelles

Les informations de contact recueillies permettent à l'ATIH d'interagir avec votre établissement dans le cadre de l'expérimentation SERAFIN-PH (processus de sélection des établissements, conduite de l'étude, sondage de satisfaction...) ou d'une étude analogue susceptible de l'intéresser.

L'ATIH est le responsable de traitement. Les informations peuvent éventuellement être transmises à des organismes publics à des fins d'étude ou de recherche.

Les informations seront conservées 3 ans à compter de votre dernière interaction avec l'ATIH.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données en vous adressant à l'ATIH par voie postale à l'ATIH - Secrétariat Général - 117 boulevard Vivier Merle 69003 Lyon ou par courriel à donneespersonnelles@atih.sante.fr. En cas de difficulté liée à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles à donneespersonnelles@atih.sante.fr ou auprès de la Cnil ou de toute autorité compétente.

Base légale du traitement : exécution d'une mission d'intérêt public et intérêt légitime.

(PROVISOIRE) - EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE**IDENTIFICATION DE L'ESMS**

Numéro Finess géographique de l'ESMS *

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Code interne de la personne *

Date de naissance *

PRÉSENCE - 1ÈRE SEMAINE DE COUPE

Indiquer pour chaque jour de la coupe, si l'usager a été présent (accueil dans l'ESMS) ou s'il a reçu au moins une séance en présentiel ou en visioconférence (accompagnement sur les lieux de vie) ?

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
Accueil dans l'ESMS		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
le matin	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
l'après-midi et/ou la soirée	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
la nuit	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
Nombre de séances		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
individuelles avec 1 professionnel		<input type="text"/>						
individuelles avec 2 professionnels		<input type="text"/>						
individuelles avec 3 professionnels ou plus		<input type="text"/>						
collectives avec 1 professionnel		<input type="text"/>						
collectives avec 2 professionnels		<input type="text"/>						
collectives avec 3 professionnels ou plus		<input type="text"/>						
Total		<input type="text"/>						

PRÉSENCE - 2ÈME SEMAINE DE COUPE - Cette rubrique ne concerne que la coupe 2

Indiquer pour chaque jour de la coupe, si l'usager a été présent (accueil dans l'ESMS) ou s'il a reçu au moins une séance en présentiel ou en visioconférence (accompagnement sur les lieux de vie) ?

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
Accueil dans l'ESMS		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
le matin	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
l'après-midi et/ou la soirée	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
la nuit	oui	<input type="checkbox"/>						
	non	<input type="checkbox"/>						
Nombre de séances		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
individuelles avec 1 professionnel		<input type="text"/>						
individuelles avec 2 professionnels		<input type="text"/>						
individuelles avec 3 professionnels ou plus		<input type="text"/>						
collectives avec 1 professionnel		<input type="text"/>						
collectives avec 2 professionnels		<input type="text"/>						
collectives avec 3 professionnels ou plus		<input type="text"/>						
Total		<input type="text"/>						

STATUT DE LA PERSONNELa personne bénéficie-t-elle d'un contrat de séjour ou un DIPC ? oui nonLa personne bénéficie-t-elle de l'amendement Creton ? oui nonLa personne est-elle une personne handicapée vieillissante ? oui non**COMPORTEMENTS - PROBLÈMES**

Indiquer si par son comportement la personne :

	de manière quotidienne	de manière hebdomadaire	de manière mensuelle	de manière annuelle	jamais
se met en danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perturbe ou met en danger autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
est anormalement agressive, auto-agressive ou hétéro-agressive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

Personne isolée oui non

BESOIN DE SURVEILLANCE

La situation de la personne présente-t-elle un risque pour elle, ou pour les autres, nécessitant la surveillance permanente spécifique d'un professionnel en capacité d'intervenir lorsque le risque survient ? oui non
si oui, cette surveillance implique-t-elle, en sus des charges de personnel, un équipement en matériel particulier et coûteux ? oui non

La situation de la personne justifie-t-elle un accompagnement continu spécifique [1 pour 1] par un professionnel (le professionnel se consacre exclusivement à la personne) ?

(Accompagnement plus important que ceux habituellement délivrés dans la structure)

Les services ne sont pas concernés par cet item

au quotidien hebdomadaire mensuel annuel jamais

DÉFICIENCES

Coder : P = pour la déficience principale (1 seul choix possible) A = pour une déficience associée (de 1 à 3 choix possibles)

Déficiences liées aux troubles neurodéveloppementaux

Déficience intellectuelle

Sévère Légère
 Moyenne Degré non connu

Déficiences liées aux troubles cognitifs, cognitivo-comportementaux, aux troubles des acquisitions et des apprentissages

Troubles mnésiques Dysphasie
 Troubles cognitifs acquis Dyspraxie
 Troubles comportementaux acquis Autres déficiences
 Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie

Déficiences liées aux troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité

Déficiences liées aux troubles du spectre de l'autisme

Déficiences liées à des troubles psychiques

Handicap psychique
 Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

Déficiences liées à des troubles de communication

Déficience sévère de la communication
 Déficience de la voix ou de l'élocution
 Autres déficiences du langage ou de la parole (autres que celles liées aux "DYS")

Déficiences liées à des troubles sensoriels

Déficiences liées à des troubles auditifs

Déficience auditive profonde bilatérale (supérieure à 90 dB) Autres déficiences auditives bilatérales
 Déficience auditive sévère bilatérale (comprise entre 71 dB et 90 dB inclus) Autres déficiences de l'appareil auditif

Déficiences liées à des troubles visuels

Déficience visuelle profonde des deux yeux Déficience du champ visuel
 Déficience visuelle profonde d'un oeil avec vision faible de l'autre Autre déficience des fonctions visuelles (strabisme, vision des couleurs, etc.)
 Autres déficiences visuelles d'un ou des deux yeux

Déficiences liées à des troubles moteurs

Déficiences motrices par absence dont :

Amputation proximale d'un membre c'est-à-dire la portion d'un élément anatomique la plus rapprochée d'un organe de référence situé en amont de cet élément
 Amputation des parties distales d'un membre c'est-à-dire la partie d'un organe, ou d'un membre, qui est la plus éloignée d'un organe de référence ou du tronc
 Autres amputations et amputations multiples
 Absence complète ou incomplète d'un ou plusieurs membres sans autre indication

Déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique dont :

Déficience des quatre membres Déficience de deux membres homolatéraux
 Déficience des deux membres inférieurs Autres déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique

Déficience motrice de la tête et du tronc

Trouble du tonus Autre déficience motrice de la tête et du tronc

Déficiences motrices d'origine musculaire, réduction ou perte de mouvement d'un ou plusieurs membres (Ex : myopathie)

Autre déficience motrice

Polyhandicap

Autres déficiences

DEGRÉ D'AUTONOMIE ET DE DÉPENDANCE

Activité réalisée	Non concerné <small>(activité non réalisée dans le cadre du projet de vie)</small>	Seul, sans aide humaine et sans difficulté	Partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle	Avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière	Ne sait pas
Tâches et exigences générales, relation avec autrui					
1.5	Prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Prendre des initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7.1	Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7.2	Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, adapter son comportement pour y faire face)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Respecter les règles de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité, manipulation					
2.2	Faire ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien personnel					
3.1	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Prendre soin de son corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	S'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Prendre ses repas (Manger, Boire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication					
4.1	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Utiliser des appareils et techniques de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Comprendre une phrase simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Produire et recevoir des messages non verbaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie domestique et vie courante					
5.1	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Préparer un repas simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Faire son ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Entretenir son linge et ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Gérer son budget, faire les démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Vivre seul dans un logement indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Avoir des relations informelles de voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9.1	Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9.2	Exprimer une demande liée à ses droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9.3	Participer à la vie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Une évolution de l'état de santé de la personne a-t-elle été observée depuis les 12 derniers mois ? oui non

si oui, précisez :
Évolution somatique : oui non
si oui, indiquez la tendance évolutive : amélioration stabilité aggravation
Évolution psychique : oui non
si oui, indiquez la tendance évolutive : amélioration stabilité aggravation
Évolution cognitive : oui non
si oui, indiquez la tendance évolutive : amélioration stabilité aggravation

PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES

La personne a-t-elle des problèmes de santé supplémentaires ? oui non pas en mesure d'évaluer

Si la structure ne dispose pas de médecin pour évaluer les problèmes de santé supplémentaire, la case « pas en mesure d'évaluer » doit être cochée.

Prérequis :

Le problème de santé intervient un fois que la personne est accueillie. Cette caractéristique permet de faire la différence entre les problèmes de santé déjà connus qui, en principe, doivent être anticipés si la structure d'accueil est adaptée (vision théorique).

Le problème de santé doit avoir un retentissement significatif sur l'accompagnement et/ou l'organisation de l'accompagnement

si oui, précisez tous les problèmes de santé dans la liste ci-dessous (plusieurs choix possibles) :

Affections cardio-vasculaires

- Pathologies cardio-vasculaires
- Sensation de malaise, hypotension orthostatique

Affections broncho-pulmonaires

- Broncho-pleuro-pneumopathies, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire
- Trachéotomie

Affections dermatologiques

- Escarres et autres lésions cutanées

Affections endocriniennes

- Diabète non stabilisé ou diabète traité par insuline (stabilisé ou non)
- Obésité

Affections gastro-entérologiques

- Nutrition non orale (parentérale, par sonde naso-gastrique, par stomie)
- Trouble de la déglutition
- Troubles du transit (alternance diarrhée/constipation, syndrome sub occlusif fréquent, diarrhée fréquente avec ou sans incontinence fécale)

Affections gastro-entérologiques et uro-néphrologiques

- Stomies d'élimination digestive et/ou urinaire

Affections uro-néphrologiques

- Hétéro sondages urinaires

Affections neuropsychiatriques

- Épilepsie
- État délirant, hallucinations, décompensations aiguës
- États anxiodépressifs
- Lésion cérébrale acquise (dont AVC et traumatismes crâniens)
- Neuropathie périphérique
- Pathologies neuro dégénératives
- Trouble addictif
- Trouble du comportement alimentaire

Affections ostéo-articulaires

- Amputation
- Pathologies ostéo-articulaires et troubles du tonus (dont spasticité)

Pathologies infectieuses

- Syndromes infectieux locaux à répétition

Autres domaines

- Alitement prolongé (dont fin de vie)
- Dialyse, radiothérapies, autre contrainte thérapeutique pour des soins répétés à l'extérieur
- Déficience sensorielle
- Dispositifs médicaux intra-veineux (cathéter central, voie veineuse centrale), y compris lors de chimiothérapie
- Douleur chronique ou récurrente
- Soins bucco-dentaires : préparation et accompagnement aux consultations spécialisées
- Troubles de la marche

BESOINS [ECHANTILLON PARCOURS]

	oui	non		besoin couvert (ensemble du parcours)	besoin non couvert (ensemble du parcours)
1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.1. Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.2. Besoins en matière de fonctions sensorielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.3. Besoins en matière de douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.4. Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.5. Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.6. Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.7. Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.8. Besoins en matière de fonctions locomotrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.9. Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.1.1.10. Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 - Besoins en matière d'autonomie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.2.1.1. Besoins en lien avec l'entretien personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.2.1.2. Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.2.1.3. Besoins pour la mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.2.1.4. Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 - Besoins pour la participation sociale					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.1.1. Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.2.1. Besoins pour vivre dans un logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.2.2. Besoins pour accomplir les activités domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.3.1. Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.3.2. Besoins en lien avec le travail et l'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.3.3. Besoins transversaux en matière d'apprentissages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.3.4. Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.3.5. Besoins pour apprendre à être pair-aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.4.1. Besoins pour participer à la vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.4.2. Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1.3.5.1. Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LISTE DES GROUPES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Accompagnement journalier n°

Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes

Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant

Accompagnement journalier n°

Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes

Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant

Accompagnement journalier n°

Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes

Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant

Accompagnement journalier n°

Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes

Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant

Accompagnement journalier n°

Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes

Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant

