

Dispositif Cantonal d’Indication et de Suivi pour personnes en situation de handicap (DCIS–H) – Instance d’Evaluation des Besoins Individuels (IEBI)

Rapport d’indication

A l’attention de la Commission d’Indication et de Suivi (CIS)

N° de demande SPAS :

La présente évaluation effectuée par l’Instance d’Evaluation des Besoins Individuels est basée sur les informations auxquelles elle a pu avoir accès après accord de la personne en situation de handicap et/ou de son/sa représentant-e légal-e. L’évaluation n’est que l’état d’une situation à un moment donné, vu au travers du prisme de l’évaluateur-trice. De ce fait, l’IEBI ne peut garantir ni la totale exhaustivité de son contenu, ni une complète absence de subjectivité.

A. Profil de la personne

A.1 Date de naissance :

A.2 District :

A.3 Sexe :

Femme Homme

B. Type(s) de déficience :

- Déficience intellectuelle¹
- Déficience physique¹
- Polyhandicap (dès la naissance)
- Déficience sensorielle (vue, ouïe) : préciser

Autres déficiences ou problématiques associées :

- troubles psychiques
- addiction
- lésions cérébrales (TCC/AVC/maladie neuro-dégénérative...)
- troubles du spectre de l’autisme
- épilepsie
- autre, préciser :

C. Parcours de vie et entourage

D. Circonstances de l’évaluation

¹ Si déficience multiple, cocher les différentes cases correspondantes

E. Projet de vie

E.1 Projet de vie de la personne en situation de handicap

--

E.2 Attentes et motivations de l’entourage par rapport au projet de vie

--

E.3 Ressources et limitations de la personne en situation de handicap

--

CONFIDENTIEL

F. Conclusions

F.1 Accompagnement nécessaire selon les besoins individuels de la personne

F.2 Spécificités de l’accompagnement

F.3 Souhaits de la personne / de son entourage

F.4 Thérapies

G. Propositions de prestations

G.1 Lieux de vie

G.2 Activités de jour

CONFIDENTIEL

H. Proposition privilégiée par :

H.1 La personne en situation de handicap

H.2 Le/la représentant-e légal-e

H.3 L’entourage

I Proposition de l’évaluateur-trice

I.1 Lieux de vie

Prestation	Fréquence (nombre de jours/semaine)
<input type="checkbox"/> Résidence / foyer	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Logement protégé ² (rattaché à un ESE)	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Logement supervisé ³	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Autre prestation, spécifier :	.../7 jours
Durée du séjour souhaité :	
<input type="checkbox"/> Longue durée	
<input type="checkbox"/> Courte durée (maximum 30 jours)	
du au	

Commentaire

I.2 Activités de jour

Prestation	Fréquence (nombre de jours/semaine)
Prestations ESE	
<input type="checkbox"/> Centre de jour (animation, formation, activité thérapeutique, ...)	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Atelier à vocation socialisante	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Atelier à vocation productive	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Accompagnement en entreprise	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier :	.../7 jours
<input type="checkbox"/> Prestation hors ESE, spécifier :	.../7 jours

Commentaire

I.3 Case management pour coordonner les prestations

Oui Non

² Ne crée pas de domicile juridique pour la personne (ESE propriétaire ou titulaire du bail)

³ La personne ou un tiers est propriétaire ou locataire du logement

J Offre de prestation à compléter

Si l’offre de prestations ne correspond pas aux propositions ci-dessus, elle devrait être complétée comme suit :

--

LA COMMISSION D’INDICATION ET DE SUIVI DU DCIS-H EST DONC APPELEE A :

- VALIDER UNE INDICATION POUR L’ACCES A DES PRESTATIONS D’HEBERGEMENT FOURNIES PAR LE RESEAU ESE/SPAS
- PRENDRE CONNAISSANCE D’UNE ORIENTATION VERS UN LIEU DE VIE EN MILIEU ORDINAIRE ET/OU DES PRESTATIONS FOURNIES HORS DU RESEAU ESE/SPAS

Fait le

CONFIDENTIEL

Confirmation de l’indication

Par leur signature, la personne en situation de handicap, son/sa représentant-e légal-e et/ou un membre de l’entourage confirment l’exactitude des informations figurant dans le présent rapport et leur adhésion à l’évaluation des besoins effectuée. Elles autorisent l’Instance d’Evaluation des Besoins Individuels (IEBI) à transmettre un exemplaire du présent Rapport d’indication et, le cas échéant, de ses annexes au secrétariat du Dispositif Cantonal d’Indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCIS-H) et à la Commission d’Indication et de Suivi (CIS). Ce rapport ainsi que ses annexes restent propriété de la personne en situation de handicap ou de son/sa représentant-e légal-e.

Les signataires du présent rapport ont également pris note que l’adéquation de l’offre et la garantie d’une place en établissement socio-éducatif sont du ressort des services de l’Etat.

Nom / prénom de la personne en situation de handicap :

Lieu, date :

Signature de la personne en situation de handicap :

Nom / prénom du/de la représentant-e légal-e :

Lieu, date :

Signature du/de la représentant-e légal-e :

Nom / prénom d’un membre de l’entourage :

Lieu, date :

Signature d’un membre de l’entourage :

Nom / prénom du/de la représentant-e de l’IEBI :

Lieu, date :

Signature du/de la représentant-e de l’IEBI :