

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 DGCS :

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 concernée 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

A.4 Type 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 :

A.5 Ressources financières et prestations :

Rente AI

PC-AI/AVS

API degré (à préciser) :

Autre, préciser :

A.6 Mesure de protection (curatelle etc.) :

Non

Oui, préciser (type de curatelle, mandataire) :

¹ Si déficience multiple, cocher les différentes cases correspondantes

B. Motif et circonstances de l'évaluation

C. Contexte actuel :

Ce chapitre décrit le lieu de vie, le contexte familial, la scolarité, la formation, le travail.

D. Situation de santé

D1 Etat de santé de la personne concernée

D2 Traitements et thérapies actuels

E. Moyens auxiliaires

- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Fauteuil roulant verticalisateur
- Déambulateur
- Rollator
- Canne
- Canne blanche
- Lift monte-escalier
- Lève-personne
- Voiture adaptée
- Brosse à dents électrique
- Ouvre-porte électrique
- Vélo thérapeutique
- Lit médicalisé
- Orthèses
- Chaise WC
- Couverts et vaisselle adaptés
- Télécommande stores, lumières
- Lift Closomat
- Closomat
- Tabouret de douche
- Fauteuil roulant pour douche
- Sonnette d'alarme
- Lunettes
- Chaussures orthopédiques
- Système d'alarme
- Appareil auditif
- Téléphone adapté
- Téléthèse
- James
- Main courante
- Autre :
- Aucun

F. Evaluation des capacités

Niveau d'indépendance	Indépendance	Supervision requise stimulation	Aide partielle	Aide importante	Aide totale	Type d' aide fournie : humaine	Type d' aide fournie : technique	Non évaluables	Ne s' applique pas	Commentaires
1. Soins de base mesure d'hygiène 1.1 Soins de corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 Toilette complète (bain, douche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 Utilisation des WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Soins complémentaires 2.1 Prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Gérer ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Alimentation / Boissons 3.1 Couper la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Manger / boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 Gérer la quantité de nourriture / boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 Faire des commissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sommeil 4.1 Se lever / se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Habillement 5.1 S'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2 Changement de vêtements : propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3 S'habiller en fonction de la météo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Mobilité 6.1 Se déplacer à l'intérieur de chez soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2 Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3 Utilisation des transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4 Se mobiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Compétences communicationnelles 7.1 Capacité à s'exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2 Capacité à comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3 Capacité à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4 Capacité à écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5 Capacité à utiliser un smartphone, une tablette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. compétences pratiques	<input type="checkbox"/>									
8.1 Capacité à gérer de l'argent	<input type="checkbox"/>									
8.2 Capacité à utiliser un moyen de paiement	<input type="checkbox"/>									
8.3 Capacité à faire des achats	<input type="checkbox"/>									
8.4 Capacité à gérer son emploi du temps	<input type="checkbox"/>									
8.5 Capacité à entretenir son lieu de vie	<input type="checkbox"/>									
8.6 Capacité à entretenir le linge	<input type="checkbox"/>									
9. Autonomie	<input type="checkbox"/>									
9.1 Capacité à faire des choix / expression des préférences	<input type="checkbox"/>									
9.2 Capacité d'initiative / prises de décision	<input type="checkbox"/>									
9.3 Mises en pratique	<input type="checkbox"/>									
10. Conditions psychiques / rapport à soi	<input type="checkbox"/>									
10.1 Capacité à concevoir des réalités	<input type="checkbox"/>									
10.2 Capacité à respecter le programme du jour	<input type="checkbox"/>									
10.3 Capacité à percevoir son propre corps	<input type="checkbox"/>									
10.4 Capacité à reconnaître ses ressources et ses limitations	<input type="checkbox"/>									
11. Comportement en société / rapport à l'autre	<input type="checkbox"/>									
11.1 Respect des règles usuelles en société	<input type="checkbox"/>									
11.2 Capacité à créer des liens	<input type="checkbox"/>									
11.3 Capacité relationnelle	<input type="checkbox"/>									
11.4 Capacité à s'adapter	<input type="checkbox"/>									
11.5 Sens des responsabilités	<input type="checkbox"/>									
11.6 Vie intime, affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>									
12. Sécurité	<input type="checkbox"/>									
12.1 Capacité à prendre conscience du danger et à s'en préserver	<input type="checkbox"/>									
12.2 Capacité à ne pas mettre autrui en danger	<input type="checkbox"/>									
12.3 Capacité à demander de l'aide	<input type="checkbox"/>									
13. Attitude au travail / à l'école	<input type="checkbox"/>									
13.1 Respect des horaires / ponctualité	<input type="checkbox"/>									
13.2 Capacité relationnelle avec les collègues de travail	<input type="checkbox"/>									
13.3 Concentration et attention au travail	<input type="checkbox"/>									
14. Compétences cognitives										
14.1 Capacité à gérer les émotions										
14.2 Capacité mnésique										
14.3 Capacité d'apprentissage										

G. Projet de vie

G.1 Projet de vie de la personne concernée

G.2 Attentes et motivations de l'entourage par rapport au projet de vie

H. Conclusions

H.1 Accompagnement nécessaire selon les besoins individuels de la personne concernée (hors activité de jour)

- Léger (1 à 2 heures)
- Moyen (3 à 4 heures)
- Important (5 à 6 heures)
- Permanent

H.2 Spécificités de l'accompagnement

H.3 Besoin de veille

H.4 Besoin de surveillance/présence

H.5 Bilans et thérapies

I. Propositions de prestations

I.1 Lieux de vie

- Résidence / foyer ESE / DGCS
 - Temps partiel
 - Temps plein
- Logement protégé (rattaché à un ESE)
- Logement supervisé (milieu ouvert avec bail à loyer au nom de la personne)
- Maintien à domicile avec :
 - Services d'accompagnement à domicile :
 - Soins
 - Socio-éducatifs
 - Case management pour coordonner les prestations
 - Séjours ou activités externes
 - Court-séjour
 - Autre :
- Autre :

I.2 Activités de jour

- Centre de jour
- Atelier à vocation socialisante
- Atelier à vocation productive
- Emploi intégré
- Emploi en milieu ordinaire
- Formation à l'autonomie
- Centres d'orientation et de formation professionnelle

J. Proposition privilégiée par :

J.1 La personne concernée

J.2 Le/la représentant-e légal-e

J.3 L'entourage

K. Conclusion de l'évaluateur-trice

Au vu de ce qui précède, l'évaluateur/trice demande à la CIS

L. Offre de prestation à compléter

Si l'offre de prestations existantes 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/DGCS
- PRENDRE CONNAISSANCE D'UNE ORIENTATION VERS UN LIEU DE VIE EN MILIEU ORDINAIRE ET/OU DES PRESTATIONS FOURNIES HORS DU RESEAU ESE/DGCS

Fait le

CONFIDENTIEL