



FONDS TERRITORIAL DE COMPENSATION « FTC »

REFERENTIEL MEDICAL ET FONCTIONNEL

NOM-PRENOM :

N° Dossier:

I- LA DEMANDE

1- Cadre de la demande :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile | <input type="checkbox"/> Retour à domicile |
| <input type="checkbox"/> Établissement d'hébergement | |
| <input type="checkbox"/> Maintien dans l'emploi | <input type="checkbox"/> Accès au retour à l'emploi |
| <input type="checkbox"/> Travail protégé | |
| <input type="checkbox"/> Insertion scolaire | |
| <input type="checkbox"/> Établissement spécialisé | |
| <input type="checkbox"/> Sports, loisirs | |

2- Types d'aides demandées :

- Aides techniques pour la vie quotidienne
- Aides techniques pour la vie scolaire
- Aides techniques à usage professionnel
- Adaptation du logement et/ ou de son environnement immédiat
 - Autres adaptations de l'environnement individuel
- Autre (à préciser)

II. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

• Date de naissance :

• Sexe : 1 masculin 2 féminin

• Situation familiale :

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> marié.e | <input type="checkbox"/> PACS | <input type="checkbox"/> vie maritale |
| <input type="checkbox"/> Divorcé.e | <input type="checkbox"/> séparé.e | <input type="checkbox"/> veuf.ve | |

• Mode d'hébergement habituel de la personne

- Domicile personnel
- Domicile des parents
- Hébergé.e par d'autres membres de la famille ou amis
- En Établissement spécialisé
- En structure intermédiaire (type ?)
- En maison de retraite, foyer, MAPAD
- Autres

• **Statut professionnel :**

a- situation vis-à-vis de l'emploi

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> En arrêt de travail | <input type="checkbox"/> En invalidité |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> En préretraite | <input type="checkbox"/> En retraite |
| <input type="checkbox"/> En formation professionnelle | | <input type="checkbox"/> Etudiant.e, scolaire |
| <input type="checkbox"/> Sans activité | <input type="checkbox"/> Autres | |

b- niveau de formation (facultatif)

- Formation de niveau doctorat (niveau 8)
- Formation de niveau master (niveau 7)
- Formation de niveau licence ou maîtrise (niveau 6)
- Formation de niveau BTS (niveau 5)
- Formation de niveau baccalauréat technique ou brevet de technicien (niveau 4)
- Formation de niveau CAP ou BEP (niveau 3)
- Formation de niveau brevet des collèges
- Pas de formation allant au-delà de la scolarité obligatoire

c- Si la personne est en activité ou a travaillé : catégorie socioprofessionnelle

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadre et professions intellectuelles supérieures | |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> ouvrier |

• **Régime d'affiliation sociale**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Régime général et assimilé | <input type="checkbox"/> mutualité sociale agricole |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçants | <input type="checkbox"/> mines <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/> marine |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="checkbox"/> néant |

• **Autres couvertures sociales (plusieurs réponses possibles)**

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistance privée complémentaire | <input type="checkbox"/> mutuelle | <input type="checkbox"/> autres |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|

• **Mesure de protection**

- | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> curatelle | <input type="checkbox"/> tutelle |
|--|------------------------------------|----------------------------------|

III- DEFICIENCES

A/Nature :

1. Déficience motrice, si oui :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Des deux membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Des quatre membres |
| <input type="checkbox"/> D'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté | |
| <input type="checkbox"/> D'un seul membre supérieur | <input type="checkbox"/> D'un seul membre inférieur |
| <input type="checkbox"/> Autres déficiences motrices des membres | <input type="checkbox"/> Déficiences du tronc |
| <input type="checkbox"/> Autres déficience motrices | <input type="checkbox"/> non précisées |

2. Déficiences visuelles, si oui :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cécité | <input type="checkbox"/> Amblyopie sévère |
| <input type="checkbox"/> Amblyopie moyenne | <input type="checkbox"/> Amblyopie légère |
| <input type="checkbox"/> Autres troubles de la vision | <input type="checkbox"/> non précisée |

- 3. Déficiences auditives, si oui :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Surdité profonde | <input type="checkbox"/> Surdité sévère |
| <input type="checkbox"/> Surdité moyenne | <input type="checkbox"/> Surdité légère |
| <input type="checkbox"/> Autres déficiences auditives | <input type="checkbox"/> non précisée |
- 4. Déficience du langage ou de la parole, si oui :**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence totale de parole (muet,) | <input type="checkbox"/> Bégaiement |
| <input type="checkbox"/> Autres troubles d'élocution | <input type="checkbox"/> Autres troubles du langage |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie | <input type="checkbox"/> non précisée |
- 5. Déficiences viscérales ou métaboliques, si oui :**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rénale ou urinaire | <input type="checkbox"/> Respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Digestive |
| <input type="checkbox"/> Endocrinienne, métabolique ou enzymatique | |
| <input type="checkbox"/> Déficience du sang ou de l'immunité | |
| <input type="checkbox"/> Autres déficiences viscérales | <input type="checkbox"/> non précisée |
- 6. Déficiences intellectuelles, si oui :**
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Retard mental (<i>moyen, grave, profond, sévère</i>) |
| <input type="checkbox"/> Retard léger, déficience intellectuelle légère, |
| <input type="checkbox"/> Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation Temporo-spatiale (<i>démences, déterioration,</i>) |
| <input type="checkbox"/> Autres troubles intellectuels, (<i>retard mental non pr ecis e,</i>) |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle non précisée |
- 7. Maladie ou trouble du psychisme, si oui :**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles | |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur, dépression, | <input type="checkbox"/> Maladie mentale |
| <input type="checkbox"/> Trouble du psychisme non pr ecis e | |
- 8. Autres déficiences, si oui :**
- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Douleurs | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> vertiges, troubles de l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Pertes intermittentes de la conscience | | |
| <input type="checkbox"/> Déficiences esthétiques | | |
| <input type="checkbox"/> Polyhandicap | | |
| <input type="checkbox"/> Autre déficiences | | |
- 9. Déficiences non précisées**

B/ Origine des déficiences

(plusieurs réponses possibles si plusieurs déficiences graves)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congénitale ou post-natale | <input type="checkbox"/> maladie |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> liée au vieillissement |
| <input type="checkbox"/> Faits de guerre | <input type="checkbox"/> terrorisme |
| <input type="checkbox"/> Problèmes personnels et familiaux | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux, professionnels ou scolaires | |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> non réponse |

IV – PATHOLOGIES :

1 – Pathologie ou maladie :

.....
.....

2 – Caractéristique de la pathologie :

pathologie stabilisée

pathologie évolutive

Date :

Signature et cachet du médecin

| |
|--|
| GRILLE D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE |
|--|

| Barème "réalisation effective" | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| Pas de difficulté | Difficulté légère | Difficulté modérée | Difficulté grave | Difficulté absolue | Sans objet |

La partie « Réalisation effective » se remplit sans Aide Technique, ni Aide Humaine. La case vide sert aux observations.

| Barème "aides" | | |
|----------------|----------------|------------------|
| H | T | L |
| Aide humaine | Aide technique | Aide au logement |

| Mobilité, manipulation | Difficultés : | OUI | NON |
|------------------------|---------------|-----|-----|
|------------------------|---------------|-----|-----|

| | Réalisation effective | | | | | | | aides | | | |
|--------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|-------|---|--|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | | |
| Se mettre debout | | | | | | | | | | | |
| Faire ses transferts | | | | | | | | | | | |
| Se coucher | | | | | | | | | | | |
| S'asseoir | | | | | | | | | | | |
| Rester assis | | | | | | | | | | | |
| Rester debout | | | | | | | | | | | |
| Changer de point d'appui | | | | | | | | | | | |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | |
|-----------------------------------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | Marcher | | | | | | | | | |
| Se déplacer dans le logement | | | | | | | | | | |
| Se déplacer à l'extérieur | | | | | | | | | | |
| Utiliser des escaliers | | | | | | | | | | |
| Utiliser les transports en commun | | | | | | | | | | |
| Utiliser un véhicule particulier | | | | | | | | | | |
| Conduire un véhicule | | | | | | | | | | |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | Avoir la préhension de la main dominante | | | | | | | | | |
| Avoir la préhension de la main non dominante | | | | | | | | | | |
| Avoir des activités de motricité fine | | | | | | | | | | |
| Soulever et porter des objets | | | | | | | | | | |

| Entretien personnel | | | | | | Difficultés : | | | OUI | NON |
|--|-----------------------|---|---|---|---|---------------|-------|---|-----|-----|
| | Réalisation effective | | | | | | aides | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | |
| Se laver | | | | | | | | | | |
| Assure l'élimination et utiliser les toilettes | | | | | | | | | | |
| S'habiller | | | | | | | | | | |
| Prendre ses repas (manger, boire) | | | | | | | | | | |
| Prendre soin de son corps (cheveux, ongles, rasage...) | | | | | | | | | | |
| Prendre soin de sa santé | | | | | | | | | | |

| Communication | | | | | | Difficultés : | | | OUI | NON |
|---|-----------------------|---|---|---|---|---------------|-------|---|-----|-----|
| | Réalisation effective | | | | | | aides | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | |
| Parler | | | | | | | | | | |
| Entendre (percevoir les sons et comprendre) | | | | | | | | | | |
| Voir (distinguer et identifier) | | | | | | | | | | |
| Utiliser des appareils et techniques de communication | | | | | | | | | | |
| Mener une conversation | | | | | | | | | | |
| Produire et recevoir des messages non verbaux | | | | | | | | | | |

| Taches et exigences générales, relation avec autrui | | | | | | Difficultés : | | | OUI | NON |
|---|-----------------------|---|---|---|---|---------------|-------|---|-----|-----|
| | Réalisation effective | | | | | | aides | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L | |
| S'orienter dans le temps | | | | | | | | | | |
| S'orienter dans l'espace | | | | | | | | | | |
| Gérer sa sécurité | | | | | | | | | | |
| Maîtriser son comportement dans les relations avec autrui | | | | | | | | | | |
| Entreprendre et effectuer une tâche seul | | | | | | | | | | |
| Faire face au stress, à une crise, à des imprévus | | | | | | | | | | |
| Relations avec ses pairs | | | | | | | | | | |
| Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|---------------|-----|-----|
| Vie domestique et vie courante | Difficultés : | OUI | NON |
|--------------------------------|---------------|-----|-----|

| | Réalisation effective | | | | | | aides | | |
|---|-----------------------|---|---|---|---|---|-------|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L |
| Faire les courses | | | | | | | | | |
| Préparer les repas | | | | | | | | | |
| Faire le ménage | | | | | | | | | |
| Entretenir le linge et les vêtements | | | | | | | | | |
| S'occuper de sa famille | | | | | | | | | |
| Gérer son budget, faire les démarches administratives | | | | | | | | | |
| Participer à la vie communautaire, sociale et civique | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---------------|-----|-----|
| Apprentissage, application des connaissances | Difficultés : | OUI | NON |
|--|---------------|-----|-----|

| | Réalisation effective | | | | | | aides | | |
|---------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|-------|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | H | T | L |
| Lire | | | | | | | | | |
| Ecrire | | | | | | | | | |
| Calculer | | | | | | | | | |
| Fixer son attention | | | | | | | | | |
| Mémoriser | | | | | | | | | |
| Acquérir un savoir-faire | | | | | | | | | |
| Appliquer un savoir-faire | | | | | | | | | |
| Prendre des décisions | | | | | | | | | |

VI. PRECONISATION PRECISE

AIDES TECHNIQUES

.....

AMENAGEMENTS

.....

AIDES HUMAINES

.....

AIDE ANIMALIERE

.....

Date :

Nom et signature du technicien de la compensation