

Demande d'intervention d'un service AVJ

Demande introduite en date du : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Formulaire rempli par : <input type="text"/>	
Coordonnées du demandeur	
Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Tel. fixe : <input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Gsm : <input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Email : <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : <input type="text"/>
Type de handicap	
(Sélectionnez la ou les cases qui convient (conviennent)) <input type="checkbox"/> Handicap congénital <input type="checkbox"/> Handicap consécutif à un accident <input type="checkbox"/> Handicap lié à une maladie <input type="checkbox"/> Handicap évolutif Commentaire : <input type="text"/>	
Manifestations du handicap	
(Sélectionnez les cases qui conviennent) Limitation <input type="checkbox"/> partielle ou <input type="checkbox"/> totale au niveau des membres inférieurs <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Comment vous déplacez-vous : <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> avec des béquilles / cannes <input type="checkbox"/> avec un déambulateur <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> Limitation <input type="checkbox"/> partielle ou <input type="checkbox"/> totale au niveau des membres supérieurs <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Commentaire : <input type="text"/> Trouble <input type="checkbox"/> partiel ou <input type="checkbox"/> total au niveau sensoriel <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> sensibilité au toucher (sentir le froid, le chaud, la douleur ...) <input type="checkbox"/> cécité <input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> troubles du langage Commentaire : <input type="text"/> Limitation <input type="checkbox"/> partielle ou <input type="checkbox"/> totale au niveau du langage verbal : <input type="checkbox"/> Sait s'exprimer par la parole Commentaire : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S'exprime en montrant l'objet d�esir�e Commentaire : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S'exprime en utilisant des images, pictos ... Commentaire : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S'exprime en utilisant un outil de communication lequel : <input type="text"/>	

Situation de vie

Actuellement où vivez-vous ?

 A domicile

- Seul OUI NON (précisez) :
- Dans un logement adapté OUI NON
Donnez une brève description :

- A l'hôpital
- Dans un centre d'hébergement
- Dans un centre de réadaptation / rééducation
- Dans une maison de repos et de soins
- Autre (précisez) :

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au quotidien ?

Par qui êtes-vous aidé habituellement ?

- entourage (famille, amis)
- infirmier / infirmière
- service d'aides familiales / aides ménagères / titre-services
- Autre :

Commentaire :

De quelles aides techniques disposez-vous ?

- Fauteuil roulant manuel électrique
- Lit médicalisé
- Soulève-personne (**exigé pour tout transfert lors de l'entrée en AVJ**)
- Siège de bains / douche
- couverts adaptés
- Appareillage / orthèse
- Autre :

Commentaire :

Expression du motif de la demande en AVJ

1. Origine de la demande ?

- le candidat la famille service social, lequel :
- Autre (à préciser) :

2. Avec qui envisagez-vous de venir en Service AVJ?

- seul(e)
- accompagné(e) - Précisez

Lien de parenté :

Conjoint - Parent - Enfant - Autre (à préciser)

âge

Sexe

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |

3. En quoi le service pourra-t-il améliorer votre qualité de vie (permanence/sécurité, inclusion, autonomie, liberté, projets, ...) ?

4. Types d'aides AVJ nécessaires :

cette analyse sera approfondie en complétant l'échelle d'évaluation des besoins

- s'habiller/se déshabiller Quotidiennement Plusieurs fois par semaine
 Occasionnellement Jamais
- s'alimenter Quotidiennement Plusieurs fois par semaine
 Occasionnellement Jamais
- éliminer (WC, linge,...) Quotidiennement Plusieurs fois par semaine
 Occasionnellement Jamais
- se déplacer / se transférer Quotidiennement Plusieurs fois par semaine
 Occasionnellement Jamais
- la nuit Quotidiennement Plusieurs fois par semaine
 Occasionnellement Jamais

5. Prenez-vous des médicaments:

Non Oui

Si oui, généralement, qui les prépare ?

qui les donne ?

6. Nombre d'heures/semaine estimé : heures

Fait à , le

Signature :

A envoyer complété par mail à : cellule.logement@ACCESS And Go .be

ou par courrier à

Cellule Logement (asbl ACCESSANDGO)

Personne de contact : Claudia Ventrella

Rue de la Fleur d'Oranger 1/213

1150 Bruxelles