

Moyens d'accès

- **Quelle est la situation du logement ?**

- Ville Banlieue Village Hameau Maison isolée

- **Quelle est la distance point de référence/logement ?** : km

- **Le logement est-il accessible ?**

- A pied En vélo En vélomoteur ou scooter Véhicule motorisé
 Transport en commun

- **Quel itinéraire devez-vous emprunter ?**

- Autoroute Route Chemin Rue

- **Y a-t-il des possibilités de stationnement ?**

- Garage Parking Gratuit Payant
 Rue Jardin Aucune

- **Quel est le mode d'accessibilité ?**

- Ouverture par : bénéficiaire famille voisin aide à domicile
 Clé à disposition dans un endroit prévu
 Clé en possession de l'aide à domicile
 Modalités d'accueil : digicode sonnette clochette heurtoir aucun

- **Quel est l'état des abords ?**

- Facile Encombré Eclairé Sans éclairage

- **Quel est le type de logement ?**

- Maison particulière Appartement Chambre

- **Quelles sont les caractéristiques du logement ?**

- Etage Ascenseur Escalier Jardin Présence d'un animal domestique



Renseignements généraux sur la personne aidée

• Age :ans

• Situation de famille Seule Autre personne vivant au foyer

• Famille : personne référente

• Fumeur Non fumeur

• Etat de santé :

✓ Indicateur de Colvez¹ 1 2 3 4

✓ Etat mental

Troubles du comportement

Agitation Agressivité

Lenteur Confusion

Troubles de la communication – difficultés à :

S'exprimer Comprendre Entendre Voir

Troubles de la mémoire Oui Non

✓ Etat physique : Continent Incontinent

• Intervention de la famille : Oui Non

• Intervention des professionnels :

Médecin si oui indiquer le nom et le n° de téléphone

Dr.....☎

Infirmier Nom.....☎

Kiné Aide soignante Portage de repas

• Cahier de liaison : Oui Non

• Contenu et nature du travail :

Ménage courant Préparation des repas Aide à la prise des repas

Entretien du linge Courses et achats courants Accompagnement social (sorties, loisirs...)

Soins de confort et d'entretien de la vie (toilette, habillage...)

Aide au déplacement, au lever, au coucher Aide aux démarches administratives

¹ Indicateur de Colvez : Il exprime une mesure de la dépendance physique des individus.....

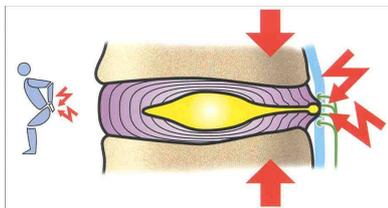
Soutien moral et psychologique

Surveillance de nuit

• **Nombre d'heures/semaine chez la personne :**

Planning d'intervention : Jours.....
Horaires.....

- **Le nombre d'heures attribuées vous paraît-il suffisant ?** Oui Non



Risque manutention - Postures contraignantes

• **Circulations**

- ▶ Y a-t-il des escaliers, des pentes, des rampes ? Oui Non
- ▶ Etat du sol ? Bon A revoir
- ▶ Encombrement du logement ? Oui Non
- ▶ La circulation entre les meubles est-elle ? Possible Difficile

• **Matériel à disposition**

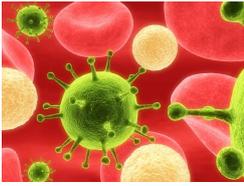
- ▶ Le matériel de nettoyage est-il ? Suffisant Adapté Accessible En bon état
- Si non pourquoi ?

• **Manutention de personnes**

- ▶ Y a-t-il des aides techniques ?
 - Fauteuil roulant Déambulateur Disque de rotation
 - Lève-malade Lit médicalisé Autres
- ▶ Sont-elles suffisantes ? Oui Non
- ▶ Est-il nécessaire de travailler à deux ? Oui Non

• **Manutention des charges :**

- ▶ Y a-t-il un chariot pour les courses ? Oui Non
- ▶ Le ménage nécessite-t-il de déplacer des objets lourds ou encombrants ? Oui Non
- ▶ Y a-t-il du matériel d'aide à la manutention ? Oui Non
- ▶ du bois de chauffage Oui Non
- ▶ des poubelles Oui Non



Risques infectieux

- **L'hygiène des locaux est-elle ?** Bonne Moyenne Insuffisante
- **Présence de nuisibles ?** (puces, rongeurs, blattes....) Oui Non
- **Existe t-il une salle de bain au même niveau ?** Oui Non
- **Y a-t-il contact avec du linge sale ou des protections souillées ?** Oui Non
- **Possibilité de se laver les mains sur place ?** Oui Non
- **Y a-t-il des risques d'Accident d'Exposition au Sang** Oui Non
Conteneur à aiguilles Oui Non
- **Equipements de protection mis à disposition :**
.....



Utilisation de produits chimiques (produits d'entretien)

- **Les produits utilisés sont-ils recensés ?** Oui Non
- **Où les produits d'entretien sont-ils stockés ?**
.....
- **Les produits sont-ils tous étiquetés ?** Oui Non
- **Parmi ces produits certains présentent-ils un danger ?**
 Irritant Toxique Inflammable



Risques incendie et électrique

• Risque électrique :

▶ Où est situé le compteur électrique ?

▶ Quel est l'état des prises électriques et des interrupteurs ? Bon Pas bon

• Le matériel électrique utilisé est-il en bon état ? Bon Pas bon

Aspirateur Fer à repasser Plaques électriques Ustensiles de cuisine

Prolongateur Autre

• Risque incendie – explosion :

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| ▶ Gazinière | <input type="checkbox"/> Gaz de ville | <input type="checkbox"/> Bouteille |
| ▶ Etat du chauffe-eau | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Pas bon |
| ▶ Entretien de la chaudière | <input type="checkbox"/> Fait | <input type="checkbox"/> A faire |
| ▶ Poêle ou cheminée | <input type="checkbox"/> Poêle | <input type="checkbox"/> Cheminée |
| ▶ Détecteurs de fumée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ Grilles d'aération | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Libres <input type="checkbox"/> Obturées |
| ▶ Extincteur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Nom et fonction de l'enquêteur :

Nom du bénéficiaire :

Date de l'enquête :

Point de référence :

Adresse de l'intervenant :

Adresse du bureau de l'Association intervenante

