



Date :

Nom et prénom de la personne concernée :

Date de naissance :

Qui remplit l'évaluation ?

Lieu de l'évaluation :

Quel diagnostic a-t-il déjà été posé ? (Autisme, déficience intellectuelle, TAS, TED...)

Quels sont (ou ont été), les établissements fréquentés ?

Questionnaire d'Evaluation sur l'autonomie et les particularités autistiques et /ou déficiences intellectuelles ou TSA.

<u>Ce que la personne en situation de handicap sait faire seule</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Avec de l'aide</u>	Commentaire/précision
Se lève seule ? comment ?				
S'habille seule ?				
Choisit ses affaires seule ?				
Se brosse les dents seule ?				
Prend sa douche seule ? (Se laver)				
Va aux toilettes seule ?				
Prépare son petit déjeuner seule ?				
Mange seule ?				
Met ses chaussures seule ?				
Met la table seule ?				
Reconnait les accessoires sur une table, (assiette, couverts ...)				
Reste dans sa chambre seule ?				
S'occupe-t-elle seule ?				Que fait-elle ?
Comprend des mots ?				Lesquels ?
Comprend des images ?				
Comprend des pictogrammes. ?				
Comprend des photographies ?				

Comprend des objets ?				Lesquels ?
Dit quelques mots/fait des signes ?				Lesquels ?
Montre avec son doigt/bras/mains/pieds ce qu'elle veut ?				
Montre avec ses yeux				
Reste assis sans changer d'activité ? combien de temps ?				
Se met -elle en danger ?				
Regarde-t-elle la tv ou ordinateur ?				
Aime la musique, chansons, comptines ?				Lesquels
Va chercher seule ce qu'elle veut. ?				
Fugue-t-elle ?				
Joue avec ses frères et sœurs ?				
Accepte-le toucher des autres ?				
Joue avec les autres ?				
Aime l'eau ?				
Aime les activités sportives ? (ballon, basket, courir)				
Sait demander de l'aide ?				
Sait faire des demandes ?				
Se repère-t-elle dans l'espace ?				
Se repère-t-elle dans le temps ?				
<u>Ses aliments préférés ?</u>				
<u>Ses stéréotypes ?</u> (Se balance, joue avec une ficelle, regarde des objets, utilise un objet en particulier, Veut mettre toujours un même vêtement...)				
<u>Quels sont ses comportements problèmes ?</u> <u>Et pourquoi ?</u> (Crie, agressivité, automutilation, casse tout...)				Pourquoi ?

<u>Quels sont ses jeux préférés ?</u> intérieur et extérieur du domicile				
<u>A-t-elle des peurs, des phobies ?</u> Animaux, insectes, escaliers, Couleurs ...				
<u>Particularités sensorielles</u> (hyper et hyposensibilité) (Déteste ou adore certains Sons, luminosité, sensibilité au chaud et au froid, tissus ,aliments...) ; etc.				
<u>Problème de santé :</u> (Constipation, problèmes dentaires, Maladies génétiques, Malformation cardiaque...)				
<u>Autres....</u>				

Evaluation :(QI, PEP3, autres)

Scolarisation : A Quel Age ?Combien de temps ?

Quels dispositifs d'aide a-t-il déjà été mis en place (AVS, MDPH...)

Commentaire

