



PAP
Projet d'Accompagnement Personnalisé

13 Février 2025

ASSAD ENR 014

Version 5.0

Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Adresse : TEL : PROFESSION : N° SS : CAISSE : SITUATION FAMILIALE : M ☐ V ☐ D ☐ C ☐	<u>Personne à prévenir /de confiance :</u> Nom : _____ Téléphone : _____ Prénom : _____ Adresse : _____		<u>Pathologies :</u> <u>Antécédents médicaux et chirurgicaux :</u> <u>Allergies :</u>
	<u>Entourage :</u> 		
	<u>Mesure de protection : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autres ☐</u> Nom tuteur : Copie arrêté récupéré le : Coordonnées tuteur :		
	<u>Animaux :</u>	<u>Date d'évaluation</u>	

BILAN GENERAL	EVALUATION	ACTIONS ET CONSEILS
<u>ALIMENTATION</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐ Antécédents fausses routes : OUI ☐ NON ☐ Appareil dentaire : NON ☐ HAUT ☐ BAS ☐ HAUT ET BAS ☐	Besoin d'aide : OUI ☐ NON ☐ Portage repas : OUI ☐ NON ☐ Conseillé ☐ Texture : Quantité : Régime :
POIDS: TAILLE:		
<u>HYDRATATION</u>	Antécédents fausses routes : OUI ☐ NON ☐ Besoin de stimulation : OUI ☐ NON ☐	Eau plate ☐ Eau pétillante ☐ Eau gélifiée ☐ Perfusion ☐ Autre :
<u>ELIMINATION</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐ Incontinence : OUI ☐ NON ☐ Fuites urinaires : OUI ☐ NON ☐ Sonde urinaire : OUI ☐ NON ☐	Besoin d'accompagnement : OUI ☐ NON ☐ Besoin : CGR ☐ Bassin ☐ CC ☐ Slipad ☐ Bande ☐
<u>MOBILISATION – DEPLACEMENTS- TRANSFERTS</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐ Antécédents de chute : OUI ☐ NON ☐ Difficultés à la marche : OUI ☐ NON ☐ Difficultés aux transferts : OUI ☐ NON ☐ Ne se déplace plus : OUI ☐ NON ☐	Besoin : Aide humaine ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Chaussons adaptés ☐ Fauteuil roulant ☐ Fauteuil roulant confort ☐ Fauteuil coquille ☐ Guidon ☐ Verticalisateur ☐ Lève personne ☐ Drap de glisse ☐ Lit médicalisé ☐ Autre :
<u>HABILLAGE</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐ Tenue en journée :	Besoin : Aide partielle ☐ Aide totale ☐
<u>HYGIENE</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐	Besoin : Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Toilette au lit ☐ Toilette au lavabo ☐ Douche ☐ Baignoire ☐ Matériel en place : Besoin Matériel :
<u>COMMUNICATION – ETAT COGNITIF</u>	Troubles cognitifs : OUI ☐ NON ☐ Communication verbale : OUI ☐ PEU ☐ Aucune ☐	
<u>BILAN CUTANE</u>	Risque d'escarre ☐ Peau sèche ☐ Plaie ☐ Localisation : Escarre ☐ Localisation :	Besoin : Hydratation ☐ PE ☐ Matelas AE ☐ Matelas dynamique ☐ Coussin AE ☐ Autre :
<u>RESPIRATION</u>	Essoufflement : OUI ☐ NON ☐	O2 : OUI ☐ NON ☐
<u>SOMMEIL</u>	Troubles du sommeil : OUI ☐ NON ☐	Lève tôt ☐ Lève tard ☐
<u>ETAT OCULAIRE ET AUDITIF</u>	Troubles de vue : OUI ☐ NON ☐ Troubles auditifs : OUI ☐ NON ☐	Lunettes ☐ Appareil auditif Gauche ☐ Droit ☐ Les deux ☐
<u>ACTIVITES - OCCUPATIONS</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐ Besoin de stimulation/ aide : OUI ☐ NON ☐ Lien social : OUI ☐ NON ☐	Télé ☐ Lecture ☐ Informatique ☐ Mots croisés ☐ Accueil de jour ☐ Si oui fréquence : Autre :
<u>ETAT PSYCHOLOGIQUE / VECU DE LA MALADIE</u>		
<u>GESTION ADMINISTRATIVE</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐	Besoins :
<u>GESTION DE L'ENVIRONNEMENT (COURSE, MENAGE)</u>	Autonome : OUI ☐ NON ☐	Besoins :

