

LOGO DU  
SMS



## RECUEIL D'ELEMENTS D'EVALUATION MEDICO-SOCIALE (REEMS)

(A remplir lors d'un renouvellement d'accompagnement ou d'une orientation)

<b>Date d'entrée dans l'établissement :</b>	<b>Notification MDPH expirant le :</b>	
<b>Nombre de jours :</b> <input type="checkbox"/> Externat <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Internat <input type="text"/>	
<b>Accueil Week-end :</b> <input type="checkbox"/> Externat <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Internat <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Sessad	<input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> Accueil permanent
<b>Dernière actualisation du projet individualisé d'accompagnement le :</b>		

**ETAT CIVIL DU JEUNE SUIVI**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

**SITUATION DE FAMILLE PROPRE du jeune :**

Célibataire     En couple

**COORDONNEES si différentes de celles de sa famille :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**ANNEXES AU DOSSIER**

**Listes des documents fournis (à compléter par la structure)**

Guide fonctionnel (Annexes)	<input type="checkbox"/>
Emploi du temps du jeune (Vérifier la complétude)	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'informations sociales	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu de kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu psychologique	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'orthophonie	<input type="checkbox"/>
Compte rendu de psychomotricité	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu de l'éducateur spécialisé	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu de l'enseignant spécialisé	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>

### Fiche de synthèse réalisée par (Nom et qualité) :

--

Nom :	Prénom :	Age :
Lieu de scolarisation :	Classe suivie :	
Bénéficiaire du DISPEH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Demande de transport scolaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

<b>Date de la synthèse :</b>	
<b>Nom des professionnels contribuant à cette synthèse :</b>	
Directeur :	Assistante Sociale:
Chef de service :	Educateur 1 :
Médecin :	Educateur 2 :
Psychologue :	Enseignant spécialisé :
Psychomotricien :	Référent ASE :
Kinésithérapeute :	ERSEH :
Orthophoniste :	Autres accompagnants :
Ergothérapeute :	

### TYPES D'ACCOMPAGNEMENTS ET FREQUENCES

#### PRESTATIONS MEDICALES

	Par le Personnel du service ou de l'établissement	En libéral ou au sein d'une autre structure (CMP, CATTP...)	
<b>Spécialité et nom de la structure le cas échéant</b>			
<b>Nom du ou des praticiens</b>			
<b>Date de la dernière consultation</b>			

## TYPES D'ACCOMPAGNEMENTS ET FREQUENCES (Suites)

	LIEUX et FREQUENCES				Nom et qualité de l'accompagnant extérieur dans le cadre d'une convention entre la structure et l'accompagnant
	SESSAD / Etablissement	Etablissement Scolaire	Domicile	Structure Sportive ou de Loisir (ex : piscine municipale)	
Ergothérapie					
Psychomotricité					
Psychothérapie					
Orthophonie					
Kinésithérapie					
Accompagnement de la famille (thérapie familiale...suivi éducatif...)					
Accompagnement social de la famille					
Autre accompagnement (préciser si nécessaire lignes ci-dessous)					

**OBJECTIFS GLOBAUX TRAVAILLES DANS LE CADRE DU PROJET INDIVIDUEL D'ACCOMPAGNEMENT :**

**DESCRIPTIF DE L'EVOLUTION DU JEUNE EN FONCTION DES OBJECTIFS TRAVAILLES :**

**EVOLUTION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT ET OBJECIFS GENERAUX RETENUS PAR LA STUCTURE DANS LE CADRE DU PIA** (préciser le temps de scolarisation souhaité) :

Signature de la structure

Signature(s) des parents

Signature du Jeune

## INFORMATIONS SOCIALES

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

### Si le jeune bénéficie ou va bénéficier d'une mesure éducative :

Date de début de la mesure :

Nom du service :

Nom du référent :

Adresse :

Tél :

Courriel :

Autre référent concerné :

Adresse :

Tél :

Courriel :

### Le jeune est-il confié à l'ASE ?

Oui :

Non :

Date de début de la mesure :

Département de l'ASE concerné :

Nom du référent :

Adresse :

Tél :

Courriel :

Autre référent concerné :

Adresse :

Tél :

Courriel :

S'agit-il d'une famille d'accueil ASE ? Oui :

Non :

Si le jeune bénéficie de l'accompagnement par d'autres structures ou services, préciser :

	Nom du référent	Adresse	Ville	Code postal	Tél.	Courriel
<b>CAE</b>						
<b>SSP</b>						
<b>MDS</b>						
<b>Hôpital</b>						
Etablissement à caractère social						
Etablissement à caractère sanitaire						

## SYNTHESE DES INFORMATIONS SOCIALES

**Préciser les éléments emportant une modification d'orientation à court ou long terme (il s'agit d'éclairer le lien entre le projet social et la demande d'orientation) :**

**Préciser si possible l'avis des responsables légaux sur cet accompagnement :**

## COMPTE-RENDU PSYCHOLOGIQUE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Test et sa version	Date de passation	Résultats chiffrés des QI

### **Analyse psycho-clinique de la situation et appréciation de l'évolution du jeune :**

(Rappel rapide des antécédents, comportement au cours de l'examen, tests projectifs, joindre si possible copie FCR, F.Rey, Bonhomme)

**Nature de l'accompagnement Psychologique (ou méthode de prise en charge) :**

**Axes de travail et objectifs (préciser les nouveaux objectifs fixés pour l'accompagnement du jeune et la fréquence de l'accompagnement prévu :**

## COMPTE-RENDU DE KINESITHERAPIE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement :**

## COMPTE-RENDU D'ERGOTHERAPIE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement :**

## COMPTE-RENDU DE PSYCHOMOTRICITE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement :**

## COMPTE-RENDU D'ORTHOPHONIE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement :**

## COMPTE-RENDU DE L'EDUCATEUR SPECIALISE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement :**

## COMPTE-RENDU DE L'ENSEIGNANT SPECIALISE

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Fréquence de l'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés (champs instrumental, relationnel, cognitif, ainsi que le niveau de compétence par rapport au socle commun) :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé (dans les divers champs d'observation et d'évaluation):**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement (dans les divers champs d'observation et d'évaluation):**

## COMPTE-RENDU AUTRES FORMES D'ACCOMPAGNEMENT

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance :

Fiche rédigée par (nom et qualité) :

En date du :

Type d'accompagnement :

Fréquence d'accompagnement :

**Objectifs spécifiques travaillés :**

**Appréciation de l'évolution du jeune pour chaque objectif travaillé :**

**Préciser ici quels sont les nouveaux objectifs fixés pour la poursuite de l'accompagnement:**

## POUR UNE DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE

Différentes modalités de transport sont possibles pour les élèves handicapés:

- Transport assuré par la famille (indemnités kilométriques)
- Transports en communs, dont certains sont accessibles aux personnes handicapées. (RER, Bus...- Remboursement carte imaginaire-R)
- Transports organisés par le Département et assurés par des sociétés de transport de personnes ou des artisans taxi. Il s'agit de transports collectifs (ou individuels si l'élève est seul sur le circuit ou que son état de santé/ comportement le nécessite). Les itinéraires et les horaires sont en règle générale fixés à l'année. Les circuits desservent les domiciles des jeunes et les établissements scolaires fréquentés, conformément aux dispositions du règlement régional relatif au transport des élèves et étudiants handicapés.

Conditions de transport actuelles ?

### PROJET

1-La famille assurera-t-elle le déplacement de son enfant?

oui  non

2- L'enfant a-t-il besoin d'un transport scolaire ...

...Au titre de ses capacités réduites à être autonome pour le déplacement domicile-école ?

oui  non

...Au titre de ses capacités réduites à être autonome pour un déplacement inhabituel dans le cadre de sa scolarité (ex : stage DISPEH) ?

oui  non

...Au titre de l'éloignement du dispositif adapté (CLIS-ULIS) ?

oui  non

3- L'élève a-t-il besoin d'être transporté seul ?

oui  non

4- L'élève a-t-il besoin d'un aménagement matériel pour son déplacement ?  
(remplir le Guide fonctionnel « déplacement »)

oui  non

Indiquer ce que votre structure prévoit ou a mis en place pour atteindre un objectif d'autonomie :

**Emploi du temps hebdomadaire type de l'élève** En cas de scolarisation en parcours partagé, préciser le lieu pour chaque plage concernée

		<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>
Transport Matin	Accompagnements spécifiques (préciser nature et horaire)						
Périscolaire Matin							
Classe Matin							
Restauration							
Classe Après-midi							
Périscolaire Soir							
Transport Soir							
<b>Suivis extérieurs et activités extrascolaires</b> : si vous possédez les informations et si vous avez l'accord de la famille							

## GUIDE FONCTIONNEL

Nom de la personne handicapée :

Prénom :

Date de naissance :

<b>P : parfois S : souvent T : toujours J : jamais</b> Aide à l'évaluation des besoins de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH conformément aux objectifs de la loi de 2005. Ce guide peut-être complété par tout professionnel de la structure ayant une bonne connaissance de la personne handicapée. Ce guide ne se substitue pas au compte-rendu détaillé de chaque professionnel qui reste nécessaire.							
Cette colonne peut-être complétée si nécessaire par la personne qui remplit le rapport	Noter O=Oui ou N=Non	Aide d'un tiers (cocher la case)				Autres informations  Guide complété par : Nom : Spécialité : Etablissement : Date :	
		P	S	T	J	A l'intérieur	A l'extérieur
<b>DEPLACEMENT</b>							
Préciser le périmètre de marche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser si nécessaire ce que fait la personne de manière autonome :  Fauteuil roulant électrique ? <input type="checkbox"/> Fauteuil non pliant ? <input type="checkbox"/> Autre ? préciser <input type="checkbox"/>	
Risque de chute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatigabilité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transport routier							
Se met en danger							
Met en danger les autres							
Appareillage (fiche de transport à remplir)							
<b>TRANSFERT</b>							
Aide humaine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser :	
Aide technique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
...							
<b>CONTINENCE</b>							
Avec port de protection	Nuit						
	Jour						

Urinaire										
Fécale										
S'habiller, se déshabiller			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Effectuer le transfert			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
S'essuyer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mettre la protection			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Solliciter le besoin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>TOILETTE</b>										
Entrer dans la douche			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Préciser si nécessaire ce que fait la personne de manière autonome :
Entrer dans la baignoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se savonner			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se rincer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se laver les cheveux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Guider la toilette par des consignes verbales			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
S'essuyer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aides techniques éventuelles										
<b>HABILLAGE</b>										
Enfiler les vêtements du haut			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Préciser si nécessaire ce que fait la personne de manière autonome :
Enfiler les vêtements du bas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se déshabiller			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ajuster les vêtements et attaches (bouton, lacets...)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choisir les vêtements adaptés à la situation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Guider l'habillement par des consignes verbales			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>REPAS</b>										
Consistance	Mixé									Préciser si nécessaire ce que fait la personne de manière autonome et noter le type d'aides techniques :
	Haché									

Gastrostomie								
<b>Prise de repas</b>								
Aider à l'installation à table		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Manger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Boire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Couper les aliments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ouvrir les conditionnements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Guider le repas par des consignes verbales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Solliciter le besoin (hydrique notamment)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aides techniques éventuelles Si oui préciser dans l'espace commentaires à droite								
<b>COMMUNICATION</b>								
Utiliser le langage oral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre mode de communication (à préciser)								
Aides techniques éventuelles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Absence de langages		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Absence de communication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>RELATIONNEL</b>								
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Relations avec des pairs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avoir des relations affectives		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>SURVEILLANCE plus importante que celle nécessaire compte tenu de l'âge</b>								
Se met en danger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Met en danger les autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Intervenir la nuit								
Aider au retournement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Répondre à des demandes nocturnes fréquentes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aider aux repérages temporels spatiaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Aider à la concentration		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compenser les troubles mnésiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PIECES A JOINDRE DANS LE CADRE DE LA PCH ou d'un complément d'AEEH

PCH AMENAGEMENT DU LOGEMENT	PCH AIDES TECHNIQUES ou complément AEEH
Visite à domicile Argumentaire de l'ergothérapeute Photo, croquis avant et après aménagement Devis à joindre en double exemplaire	Argumentaire ergothérapeute Bilan des essais effectués avec le matériel par le professionnel concerné <b>Remarque :</b> Pour le prêt de matériel pédagogique adapté par Handiscol
<b>PCH AMENAGEMENT DU VEHICULE DES PARENTS</b> Argumentaire de l'ergothérapeute Devis à joindre en double exemplaire	Fiche du REOMS complété comportant le descriptif détaillé du matériel Joindre l'argumentaire détaillé de chaque professionnel concerné Bilan des essais effectués avec le matériel par professionnel concerné
	<b>PCH AIDES HUMAINES ou complément AEEH pour tierce</b>

<p><b>PCH AMENAGEMENT DU VEHICULE DU JEUNE</b></p> <p>Mise à jour du permis auprès de la préfecture</p> <p>Devis des aménagements nécessaires</p>	<p><b>personne</b></p> <p>Evaluation des besoins (voir guide fonctionnel)</p> <p>Emploi du temps précis</p> <p>Nom de l'aidant</p> <p>Type de l'aidant : services, aidant familial</p>
<p><b>PRISE EN CHARGE DES SURCOUTS DU PERMIS DE CONDUIRE</b></p> <p>Attestation de la capacité à conduire de la préfecture</p> <p>Devis de l'Auto école : Coût du permis sur véhicule normal et coût du permis sur véhicule adapté</p>	<p><b>PCH VACANCES ou complément AEEH</b></p> <p>Fournir les devis pour l'ensemble des séjours prévus sur l'année (ou sur 2 années si les séjours vont se répéter). Il s'agit de permettre une estimation des dépenses. Le versement de la PCH ne se fait que sur présentation d'une facture acquittée.</p>
<p><b>PCH PRISE EN CHARGES DES SURCOUTS DE TRANSPORT ou complément AEEH</b> (à l'exclusion des transports pris en charge par la CPAM et par les établissements)</p> <p>Devis du professionnel concerné</p>	<p><b>Remarque</b> : Pour le complément d'AEEH, il convient en revanche de joindre une facture acquittée</p>