

EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE STRUCTURE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Raison sociale de l'ESMS

Numéro Finess géographique de l'ESMS Numéro Finess juridique de l'ESMS

Statut juridique ☐ Privé non lucratif ☐ Public ☐ Privé commercial

Code postal Ville

Type de structure

☐ EEAP	☐ CAFS	☐ CPO ou ESPO	☐ CRP ou ESRP
☐ FH ou EANM	☐ ESAT	☐ FAM ou EAM	☐ FV ou EANM
☐ IME	☐ IDA	☐ IDV	☐ IEM
☐ SAVS	☐ ITEP	☐ MAS	☐ SAMSAH
	☐ SESSAD	☐ Autres types d'ESMS, préciser :	

CAPACITÉ

Capacité au 01.01.2022	Autorisée	Installée
accueil de jour		
accueil de nuit		
accueil de jour et de nuit		
accompagnement sur les lieux de vie (service)		

DONNÉES D'ACTIVITÉ ANNUELLE

	2019	2021	
Nombre de places installées au 31.12			
détailler par type de publics :			
Autisme et autres TED			
Cérébro-lésions			
Déficiences auditives			
Déficiences intellectuelles			
Déficiences métaboliques, viscérales et nutritionnelles			
Déficiences motrices			
Déficiences visuelles			
Diagnostics en cours			
Polyhandicap			
Troubles du comportement et de la communication (TCC)			
Troubles du langage et des apprentissages			
Troubles du psychisme			
Autres types de déficiences			
Quelle est l'unité de décompte de votre activité ?	2019	2021	2022
en nombre de journées réalisées	☐	☐	☐
en nombre de séances réalisées	☐	☐	☐
les deux	☐	☐	☐
Activité réalisée annuelle	2019	2021	
Nombre de journées réalisées			
Nombre de séances réalisées			

DONNÉES COMPTABLES

	2019	2021
Produits des comptes 73 "dotations et produits de tarification" (en euros)		

Source : Budget prévisionnel / EPRD

CORRESPONDANTS DE L'ÉTUDE

Chef de projet

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Interlocuteur RAMSECE-PH

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

DPO (Délégué à la protection des données)

Nom et Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Protection de vos données personnelles

Les informations de contact recueillies permettent à l'ATIH d'interagir avec votre établissement dans le cadre de l'expérimentation SERAFIN-PH (processus de sélection des établissements, conduite de l'étude, sondage de satisfaction...) ou d'une étude analogue susceptible de vous intéresser.

L'ATIH est le responsable de traitement. Les informations peuvent éventuellement être transmises à des organismes publics à des fins d'étude ou de recherche.

Les informations seront conservées 3 ans à compter de votre dernière interaction avec l'ATIH.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données en vous adressant à l'ATIH par voie postale à l'ATIH - Secrétariat Général - 117 boulevard Vivier Merle 69003 Lyon ou par courriel à donneespersonnelles@atih.sante.fr. En cas de difficulté liée à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles à donneespersonnelles@atih.sante.fr ou auprès de la Cnil ou de toute autorité compétente.

Base légale du traitement : exécution d'une mission d'intérêt public et intérêt légitime.

EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE COUPE

Raison sociale de l'ESMS *	
----------------------------	--

Numéro Finess géographique de l'ESMS *

Dates de la coupe : du au

PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Nombre de personnes de la file active

Présentes lors de la coupe

File active (toutes les personnes accompagnées)

Nombre de personnes ayant fait part d'un refus de collecte de leurs données dans le cadre de l'étude

Personnes de la file active ayant une notification en cours de validité

(personnes accompagnées, bénéficiant d'une notification d'orientation de la CDAPH en cours de validité)

PROFESSIONNELS PRÉSENTS LORS DE LA COUPE

Catégorie de personnel (à préciser)	salariés	intérimaires	mis à dispo
-------------------------------------	----------	--------------	-------------

salariés

intérimaires

mis à dispo

Éducation Nationale

nombre

ETP*

nombre

ETP*

nombre

[illegible]

*équivalent temps plein rémunéré sur la semaine de coupe : l'ETP est obtenu en comparant le nombre d'heures consacrées à l'exercice d'une activité professionnelle au nombre moyen d'heures effectuées par un travailleur à temps plein. Exemple :

- dans un ESMS où la durée du travail hebdomadaire est de 37,5 heures, le travailleur à temps plein correspondra à 1 ETP.

- dans ce même ESMS, le travailleur à temps partiel consacrant 30 heures par semaine à son activité, correspondra à : $30h / 37,5h = 0,8$ ETP.

EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

IDENTIFICATION DE L'ESMS

Numéro Finess géographique de l'ESMS *

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Code interne de la personne accompagnée *

Date de naissance *

PRÉSENCE - 1ÈRE SEMAINE DE COUPE

Indiquer pour chaque jour de la coupe, si la personne accompagnée a été présente (accueil dans l'ESMS) ou si elle a reçu au moins une séance en présentiel ou en visioconférence (accompagnement sur les lieux de vie) ?

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accueil dans l'ESMS		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
le matin	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l'après-midi et/ou la soirée	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
la nuit	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre de séances		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
individuelles avec 1 professionnel								
individuelles avec 2 professionnels								
individuelles avec 3 professionnels ou plus								
collectives avec 1 professionnel								
collectives avec 2 professionnels								
collectives avec 3 professionnels ou plus								
Total								

PRÉSENCE - 2ÈME SEMAINE DE COUPE - Cette rubrique ne concerne que la coupe 2

Indiquer pour chaque jour de la coupe, si la personne accompagnée a été présente (accueil dans l'ESMS) ou si elle a reçu au moins une séance en présentiel ou en visioconférence (accompagnement sur les lieux de vie) ?

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Accueil dans l'ESMS		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
le matin	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l'après-midi et/ou la soirée	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
la nuit	oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre de séances		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
individuelles avec 1 professionnel								
individuelles avec 2 professionnels								
individuelles avec 3 professionnels ou plus								
collectives avec 1 professionnel								
collectives avec 2 professionnels								
collectives avec 3 professionnels ou plus								
Total								

STATUT DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

- La personne accompagnée bénéficie-t-elle d'un contrat de séjour ou un DIPIC ? ☐ oui ☐ non
- La personne accompagnée bénéficie-t-elle de l'amendement Creton ? ☐ oui ☐ non
- La personne accompagnée est-elle une personne handicapée vieillissante ? ☐ oui ☐ non

COMPORTEMENTS - PROBLÈMES

Indiquer si par son comportement la personne accompagnée :

	de manière quotidienne	de manière hebdomadaire	de manière mensuelle	de manière annuelle	jamais
se met en danger ?	☐	☐	☐	☐	☐
perturbe ou met en danger autrui ?	☐	☐	☐	☐	☐
est anormalement agressive, auto-agressive ou hétéro-agressive ?	☐	☐	☐	☐	☐

ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Personne isolée ☐ oui ☐ non

BESOIN DE SURVEILLANCE

La situation de la personne accompagnée présente-t-elle un risque pour elle, ou pour les autres, nécessitant la surveillance permanente spécifique d'un professionnel en capacité d'intervenir lorsque le risque survient ? ☐ oui ☐ non
si oui, cette surveillance implique-t-elle, en sus des charges de personnel, un équipement en matériel particulier et coûteux ? ☐ oui ☐ non

La situation de la personne accompagnée justifie-t-elle un accompagnement continu spécifique [1 pour 1] par un professionnel (le professionnel se consacre exclusivement à la personne) ?

(Accompagnement plus important que ceux habituellement délivrés dans la structure)

Les services ne sont pas concernés par cet item

☐ au quotidien ☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel ☐ jamais

DÉFICIENCES

Coder : **P** = pour la déficience principale (1 seul choix possible) **A** = pour une déficience associée (de 1 à 3 choix possibles)

Déficiences liées aux troubles neurodéveloppementaux

Déficience intellectuelle

☐ Sévère ☐ Légère
☐ Moyenne ☐ Degré non connu

Déficiences liées aux troubles cognitifs, cognitivo-comportementaux, aux troubles des acquisitions et des apprentissages

☐ Troubles mnésiques ☐ Dysphasie
☐ Troubles cognitifs acquis ☐ Dyspraxie
☐ Troubles comportementaux acquis ☐ Autres déficiences
☐ Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie

☐ Déficiences liées aux troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité

☐ Déficiences liées aux troubles du spectre de l'autisme

Déficiences liées à des troubles psychiques

☐ Handicap psychique
☐ Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

Déficiences liées à des troubles de communication

☐ Déficience sévère de la communication
☐ Déficience de la voix ou de l'élocution
☐ Autres déficiences du langage ou de la parole (autres que celles liées aux "DYS")

Déficiences liées à des troubles sensoriels

Déficiences liées à des troubles auditifs

☐ Déficience auditive profonde bilatérale (supérieure à 90 dB) ☐ Autres déficiences auditives bilatérales
☐ Déficience auditive sévère bilatérale (comprise entre 71 dB et 90 dB inclus) ☐ Autres déficiences de l'appareil auditif

Déficiences liées à des troubles visuels

☐ Déficience visuelle profonde des deux yeux ☐ Déficience du champ visuel
☐ Déficience visuelle profonde d'un oeil avec vision faible de l'autre ☐ Autre déficience des fonctions visuelles (strabisme, vision des couleurs, etc.)
☐ Autres déficiences visuelles d'un ou des deux yeux

Déficiences liées à des troubles moteurs

Déficiences motrices par absence dont :

☐ Amputation proximale d'un membre c'est-à-dire la portion d'un élément anatomique la plus rapprochée d'un organe de référence situé en amont de cet élément
☐ Amputation des parties distales d'un membre c'est-à-dire la partie d'un organe, ou d'un membre, qui est la plus éloignée d'un organe de référence ou du tronc
☐ Autres amputations et amputations multiples
☐ Absence complète ou incomplète d'un ou plusieurs membres sans autre indication

Déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique dont :

☐ Déficience des quatre membres ☐ Déficience de deux membres homolatéraux
☐ Déficience des deux membres inférieurs ☐ Autres déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique

Déficience motrice de la tête et du tronc

☐ Trouble du tonus ☐ Autre déficience motrice de la tête ou du tronc

☐ Déficiences motrices d'origine musculaire, réduction ou perte de mouvement d'un ou plusieurs membres (Ex : myopathie)

☐ Autre déficience motrice

Polyhandicap ☐

Autres déficiences ☐

DEGRÉ D'AUTONOMIE ET DE DÉPENDANCE

Activité réalisée		Non concerné (activité non réalisée dans le cadre du projet de vie)	Seul, sans aide humaine et sans difficulté	Partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle	Avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière	Ne sait pas
Tâches et exigences générales, relation avec autrui						
1.5	Prendre des décisions	☐	☐	☐	☐	☐
1.6	Prendre des initiatives	☐	☐	☐	☐	☐
1.7.1	Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger	☐	☐	☐	☐	☐
1.7.2	Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, adapter son comportement pour y faire face)	☐	☐	☐	☐	☐
1.8	Respecter les règles de vie	☐	☐	☐	☐	☐
1.9	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales	☐	☐	☐	☐	☐
1.10	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilité, manipulation						
2.2	Faire ses transferts	☐	☐	☐	☐	☐
2.9	Utiliser les transports en commun	☐	☐	☐	☐	☐
Entretien personnel						
3.1	Se laver	☐	☐	☐	☐	☐
3.2	Prendre soin de son corps	☐	☐	☐	☐	☐
3.3	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐	☐
3.4	S'habiller / se déshabiller	☐	☐	☐	☐	☐
3.5	Prendre ses repas (Manger, Boire)	☐	☐	☐	☐	☐
3.6	Prendre soin de sa santé	☐	☐	☐	☐	☐
Communication						
4.1	Parler	☐	☐	☐	☐	☐
4.4	Utiliser des appareils et techniques de communication	☐	☐	☐	☐	☐
4.5	Comprendre une phrase simple	☐	☐	☐	☐	☐
4.7	Produire et recevoir des messages non verbaux	☐	☐	☐	☐	☐
Vie domestique et vie courante						
5.1	Faire ses courses	☐	☐	☐	☐	☐
5.2	Préparer un repas simple	☐	☐	☐	☐	☐
5.3	Faire son ménage	☐	☐	☐	☐	☐
5.4	Entretenir son linge et ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
5.6	Gérer son budget, faire les démarches administratives	☐	☐	☐	☐	☐
5.7	Vivre seul dans un logement indépendant	☐	☐	☐	☐	☐
5.8	Avoir des relations informelles de voisinage	☐	☐	☐	☐	☐
5.9.1	Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir	☐	☐	☐	☐	☐
5.9.2	Exprimer une demande liée à ses droits	☐	☐	☐	☐	☐
5.9.3	Participer à la vie locale	☐	☐	☐	☐	☐
5.10	Partir en vacances	☐	☐	☐	☐	☐

ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Une évolution de l'état de santé de la personne accompagnée a-t-elle été observée depuis les 12 derniers mois ?

☐ oui ☐ non

si oui, précisez :

Évolution somatique :

☐ oui ☐ non

si oui, indiquez la tendance évolutive : ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation

Évolution psychique :

☐ oui ☐ non

si oui, indiquez la tendance évolutive : ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation

Évolution cognitive :

☐ oui ☐ non

si oui, indiquez la tendance évolutive : ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation

PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES

La personne accompagnée a-t-elle des problèmes de santé supplémentaires ?

☐ oui ☐ non ☐ pas en mesure d'évaluer

Si la structure ne dispose pas de médecin pour évaluer les problèmes de santé supplémentaire, la case « pas en mesure d'évaluer » doit être cochée.

Prérequis :

Le problème de santé intervient un fois que la personne accompagnée est accueillie. Cette caractéristique permet de faire la différence entre les problèmes de santé déjà connus qui, en principe, doivent être anticipés si la structure d'accueil est adaptée (vision théorique).

Le problème de santé doit avoir un retentissement significatif sur l'accompagnement et/ou l'organisation de l'accompagnement

si oui, précisez tous les problèmes de santé dans la liste ci-dessous (plusieurs choix possibles) :

Affections cardio-vasculaires

- ☐ Pathologies cardio-vasculaires
- ☐ Sensation de malaise, hypotension orthostatique

Affections broncho-pulmonaires

- ☐ Broncho-pleuro-pneumopathies, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire
- ☐ Trachéotomie

Affections dermatologiques

- ☐ Escarres et autres lésions cutanées

Affections endocriniennes

- ☐ Diabète non stabilisé ou diabète traité par insuline (stabilisé ou non)
- ☐ Obésité

Affections gastro-entérologiques

- ☐ Nutrition non orale (parentérale, par sonde naso-gastrique, par stomie)
- ☐ Trouble de la déglutition
- ☐ Troubles du transit (alternance diarrhée/constipation, syndrome sub occlusif fréquent, diarrhée fréquente avec ou sans incontinence fécale)

Affections gastro-entérologiques et uro-néphrologiques

- ☐ Stomies d'élimination digestive et/ou urinaire

Affections uro-néphrologiques

- ☐ Hétéro sondages urinaires

Affections neuropsychiatriques

- ☐ Épilepsie
- ☐ État délirant, hallucinations, décompensations aiguës
- ☐ États anxiodépressifs
- ☐ Lésion cérébrale acquise (dont AVC et traumatismes crâniens)
- ☐ Neuropathie périphérique
- ☐ Pathologies neuro dégénératives
- ☐ Trouble addictif
- ☐ Trouble du comportement alimentaire

Affections ostéo-articulaires

- ☐ Amputation
- ☐ Pathologies ostéo-articulaires et troubles du tonus (dont spasticité)

Pathologies infectieuses

- ☐ Syndromes infectieux locaux à répétition

Autres domaines

- ☐ Alitement prolongé (dont fin de vie)
- ☐ Dialyse, radiothérapies, autre contrainte thérapeutique pour des soins répétés à l'extérieur
- ☐ Déficience sensorielle
- ☐ Dispositifs médicaux intra-veineux (cathéter central, voie veineuse centrale), y compris lors de chimiothérapie
- ☐ Douleur chronique ou récurrente
- ☐ Soins bucco-dentaires : préparation et accompagnement aux consultations spécialisées
- ☐ Troubles de la marche

BESOINS [SOUS-ECHANTILLON PARCOURS UNIQUEMENT]

oui		non			besoin couvert (ensemble du parcours)	besoin non couvert (ensemble du parcours)
1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique						
☐	☐	1.1.1.1.	Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux		☐	☐
☐	☐	1.1.1.2.	Besoins en matière de fonctions sensorielles		☐	☐
☐	☐	1.1.1.3.	Besoins en matière de douleur		☐	☐
☐	☐	1.1.1.4.	Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire		☐	☐
☐	☐	1.1.1.5.	Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire		☐	☐
☐	☐	1.1.1.6.	Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne		☐	☐
☐	☐	1.1.1.7.	Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives		☐	☐
☐	☐	1.1.1.8.	Besoins en matière de fonctions locomotrices		☐	☐
☐	☐	1.1.1.9.	Besoins relatifs à la peau et aux structures associées		☐	☐
☐	☐	1.1.1.10.	Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé		☐	☐
1.2 - Besoins en matière d'autonomie						
☐	☐	1.2.1.1.	Besoins en lien avec l'entretien personnel		☐	☐
☐	☐	1.2.1.2.	Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui		☐	☐
☐	☐	1.2.1.3.	Besoins pour la mobilité		☐	☐
☐	☐	1.2.1.4.	Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité		☐	☐
1.3 - Besoins pour la participation sociale						
☐	☐	1.3.1.1.	Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté		☐	☐
☐	☐	1.3.2.1.	Besoins pour vivre dans un logement		☐	☐
☐	☐	1.3.2.2.	Besoins pour accomplir les activités domestiques		☐	☐
☐	☐	1.3.3.1.	Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante		☐	☐
☐	☐	1.3.3.2.	Besoins en lien avec le travail et l'emploi		☐	☐
☐	☐	1.3.3.3.	Besoins transversaux en matière d'apprentissages		☐	☐
☐	☐	1.3.3.4.	Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle		☐	☐
☐	☐	1.3.3.5.	Besoins pour apprendre à être pair-aidant		☐	☐
☐	☐	1.3.4.1.	Besoins pour participer à la vie sociale		☐	☐
☐	☐	1.3.4.2.	Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport		☐	☐
☐	☐	1.3.5.1.	Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique		☐	☐

Cette fiche concerne les accompagnements réalisés et financés par des tiers (donc non recueillis dans la fiche recueil journalier), dans la mesure où les prestations correspondantes répondent aux besoins de la personne accompagnée dans la cadre de son projet de vie (ou projet personnalisé).

☐ oui ☐ non

Les informations suivantes de cette fiche sont à compléter si la case **oui est cochée**

[illegible]

Pour chaque prestation, indiquer le montant (en euros, hors indemnités kilométriques) pour un professionnel libéral ou la durée (en minutes, hors temps de déplacement du professionnel) pour les autres intervenants :

[illegible]

Les prestations ci-dessous, ne concernant que les transports effectués dans le cadre du projet individuel. Veuillez indiquer la durée aller-retour du transports (en minutes) :

[illegible]

Code interne de l'intervenant		Numéro de Finess géographique de l'ESMS *		Date d'observation	
Type d'intervenant	☐ Salaré	☐ Intérimaire	☐ Libéral [Montant]	☐ Mis à disposition Education Nationale **	Jour de la semaine
Catégorie de personnel	☐ Aide médico-psychologique	☐ Aide-soignant et auxiliaire de puériculture	☐ Animateur social	☐ Conseiller en économie sociale et familiale	☐ Educateur de jeunes enfants
☐ Educateur spécialisé	☐ Educateur technique	☐ Educateur technique spécialisé	☐ Infirmier et puériculteur	☐ Masseur kinésithérapeute	☐ Moniteur d'atelier
☐ Moniteur éducateur	☐ Orthophoniste	☐ Psychologue	☐ Psychomotricien	☐	
** Le personnel mis à disposition par l'Education Nationale ne peut émerger que sur les catégories identifiées par ** ci-dessous :					
☐ Professeur des écoles **	☐ Professeur lycée professionnel **	☐ Professeur/moniteur E.P.S. et prof. APA **	☐ Instituteur **	☐ Instituteur spécialisé / Professeur des écoles spécialisé **	
☐ Professeur spécialisé (déficients auditifs, visuels, dys ...) **	☐ Professeur technique - enseignement professionnel **		☐		
Temps total travaillé dans la journée en minutes					

Nombre total de personnes accompagnées participantes							
dont nombre de personnes ayant refusé la collecte							
Si 1 seule personne accompagnée, indiquer ci-contre son code interne, sinon compléter la page 2 de la fiche							
Nombre total de professionnels présents lors de la prestation (y compris l'intervenant de la fiche)							
Numéro d'accompagnement journalier	1	2	3	4	5	6	7

Pour chaque personne ou groupe de personnes : le personnel salarié, intérimaire ou mis à disposition par l'éducation nationale indique ci-dessous, la durée (en minutes) de chaque prestation (hors temps de déplacement du professionnel) ; le personnel libéral [montant] renseigne les montants (euros) correspondant à chaque prestation (hors coût du déplacement du professionnel).

2.1.1 Soins somatiques et psychiques	2.1.1.1 Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative								
	2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués								
	2.1.1.3 Prestations des psychologues								
	2.1.1.4 Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie								
2.1.2 Rééducation et réadaptation fonctionnelle	2.1.2.1 Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistes								
2.2.1 Prestations en matière d'autonomie	2.2.1.1 Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne								
	2.2.1.2 Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui								
	2.2.1.3 Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité								
2.3.1 Accompagnement pour exercer ses droits	2.3.1.1 Accompagnements à l'expression du projet personnalisé								
	2.3.1.2 Accompagnements à l'exercice des droits et libertés								
2.3.2 Accompagnement au logement	2.3.2.1 Accompagnements pour vivre dans un logement								
	2.3.2.2 Accompagnements pour accomplir les activités domestiques								
2.3.3 Accompagnement pour exercer ses rôles sociaux	2.3.3.1 Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti								
	2.3.3.2 Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle								
	2.3.3.3 Accompagnements pour mener sa vie professionnelle								
	2.3.3.4 Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées								
	2.3.3.5 Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle								
	2.3.3.6 Accompagnements pour l'exercice de mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance								
2.3.4 Accompagnement pour participer à la vie sociale	2.3.4.1 Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage								
	2.3.4.2 Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs								
	2.3.4.3 Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements								
2.3.5 Accompagnement en matière de ressources et d'autogestion	2.3.5.1 Accompagnements pour l'ouverture des droits								
	2.3.5.2 Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources								
	2.3.5.3 Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protection des adultes								
2.4 Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours	2.4.1 Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours								

Indemnités kilométriques (en euros) pour le personnel libéral ou Durée (en minutes) pour les autres intervenants							
---	--	--	--	--	--	--	--

LISTE DES GROUPES DE PERSONNES ACCOMPAGNÉES	
Accompagnement journalier n°	
Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant	
Accompagnement journalier n°	
Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant	
Accompagnement journalier n°	
Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant	
Accompagnement journalier n°	
Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant	
Accompagnement journalier n°	
Compléter ci-dessus le numéro de l'accompagnement journalier du groupe de personnes Préciser ci-contre, les codes internes de chaque personne participant à l'accompagnement correspondant	

EXPÉRIMENTATION PH 2022 - FICHE TRANSPORTS LIÉS AU PROJET INDIVIDUEL

IDENTIFICATION DE L'ESMS

Numéro Finess géographique de l'ESMS *

IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT

Code interne de l'intervenant

Type d'intervenant

☐ Salarié

☐ Libéral

☐ Intérimaire

☐ Mis à disposition Education Nationale

Précisez la catégorie de personnel :

☐ Famille ou proche

☐ Sous-traitant (transport)

PLANNING DES TRANSPORTS *

Dates de la coupe * :

du

au

Pour chaque journée, cochez les jours où l'intervenant a réalisé des transports liés aux projets individuels des personnes accompagnées

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1ère semaine de coupe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2ème semaine de coupe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DESCRIPTION DES TRANSPORTS *

Pour chaque prestation de transport effectuée dans le cadre du projet individuel de la personne accompagnée, et pour chaque journée de la coupe, complétez le tableau ci-dessous.

N° du transport	Date	Nombre total de personnes accompagnées participantes	Dont nombre de personnes ayant refusé la collecte	Si une seule personne accompagnée, précisez ici son code interne sinon, complétez la page 2 de la fiche	Nature de la prestation transport			Distance parcourue	Durée du transport
					3.2.4.1 Transports liés à accueillir	3.2.4.2 Transports liés aux prestations de soins	3.2.4.3 Transports liés à l'autonomie et à la participation sociale	Nombre de kilomètres aller-retour	Nombre de minutes aller-retour
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									

* Transports payés par la structure : y compris ceux qui sont sous-traités ou remboursés à la famille

Pour chaque groupe de personnes accompagnées transportées,
 complétez le n° du transport (figurant sur la description en page 1) et reportez la liste des personnes transportées lors de ce transport.