

# TRANSMISSION D'INFORMATIONS POUR L'ACCÈS A LA PCH

## Loi 2025-138

### Document 1

Le dossier est à adresser à [procedureacceleree@mdph29.fr](mailto:procedureacceleree@mdph29.fr) (format pdf).

Il doit comporter **obligatoirement** les documents suivants afin que la demande soit enregistrée et étudiée :

- Le **questionnaire sur les retentissements** pour l'utilisateur, **signé par l'utilisateur** (document 1 – 2 pages).
- La **fiche médicale signée par le médecin** (document 2a – 2 pages).
- L'évaluation de niveau 2 Si validation médicale complétée** par un professionnel du Centre de Référence Maladies Neuromusculaires (CRMN) **et l'utilisateur** (document 2b – 1 page).
- La copie de la carte nationale d'identité ou le titre de séjour.**

Pièce(s) nécessaire(s) en fonction de la demande :

- Devis des besoins identifiés (aide technique, logement, frais d'hygiène, téléalarme...).

Fiche complétée par :		Fonction :		Date :	
<b>IDENTITE DE L'USAGER</b>					
NOM d'usage/d'épouse :		Adresse :			
Prénom :		N° téléphone fixe :			
Date de naissance :		N° téléphone portable :			
Numéro de l'assuré social :		Email :			
La personne concernée est sous :		<input type="checkbox"/> Hospitalisé		<input type="checkbox"/> A domicile	
<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Pas de mesure		<input type="checkbox"/> En établissement médico-social		<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Autre :					
Situation socio-familiale :			Situation socio-professionnelle :		
<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparé			<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Invalidité		
<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Concubin			<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Scolarisation <input type="checkbox"/> Autre :		
<b>ENVIRONNEMENT</b>					
<input type="checkbox"/> Logement actuel <input type="checkbox"/> Logement futur éventuel					
<input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Domicile familial <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social <input type="checkbox"/> Logement accompagné ou supervisé					
<input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Autre :					
<b>SITUATION</b>			<b>TYPE DE LOGEMENT</b>		
<input type="checkbox"/> Propriétaire			<input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Chambre		
<input type="checkbox"/> Locataire (bailleur privé)			<input type="checkbox"/> Appartement / studio <input type="checkbox"/> Logement précaire, habitation		
<input type="checkbox"/> Locataire (bailleur social)					
<input type="checkbox"/> Occupant à titre gratuit					
<input type="checkbox"/> Logement de fonction					
<input type="checkbox"/> Autre :					
<b>RECAPITULATIF DES SERVICES ET AIDES MIS EN PLACE REGULIEREMENT</b>					
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie :		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute :		<input type="checkbox"/> Psychologue :	
<input type="checkbox"/> Infirmier :		<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute :		<input type="checkbox"/> Assistant social :	
<input type="checkbox"/> Educateur :		<input type="checkbox"/> Orthophoniste :		<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Aidants familiaux (préciser le lien, le type d'aide apportée, vécu :					
<input type="checkbox"/> Occupe un emploi <input type="checkbox"/> Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Réduction du temps de travail <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Epuisement <input type="checkbox"/> Dédommagé					
<input type="checkbox"/> Autre :					
<b>RESSOURCES</b>			<b>DISPOSITIF TIERCE PERSONNE</b>		
<input type="checkbox"/> Salaire			<input type="checkbox"/> Allocations Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
<input type="checkbox"/> Pension invalidité <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> Majoration Tierce Personne (MTP)		
<input type="checkbox"/> AAH			<input type="checkbox"/> Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)		
Indemnités <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> journalières			Si oui, quel GIR ?		

**NATURE DE LA DEMANDE**

<b>DOSSIER MDPH connu</b>		<input type="checkbox"/> RQTH	<input type="checkbox"/> PCH aide humaine
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Carte invalidité <input type="checkbox"/> Carte de priorité	<input type="checkbox"/> PCH aides techniques Préciser :
Numéro de dossier :		<input type="checkbox"/> Carte européenne de stationnement	<input type="checkbox"/> PCH aménagement logement Préciser :
Département :		<input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> Autre élément de la PCH

		Oui	Non	Aménagements déjà réalisés	Aménagements à envisager
<b>Accessibilité extérieure</b>	Abords	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Entrée du bâtiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Parties communes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ascenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Accessibilité intérieure</b>	Séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Avis de la personne / du représentant légal</b> sur la totalité des données de la synthèse	<b>Avis de l'entourage</b> (identité à préciser)
<input type="checkbox"/> En accord <input type="checkbox"/> En désaccord	
Expression des besoins de la personne	
<b>Date/signature :</b>	
	<b>Date/signature :</b>


## FICHE MEDICALE à compléter par le médecin – Document 2a

<b>NOM d'usage/d'épouse :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Numéro de l'assuré social :</b>

<b>Diagnostic médical :</b>	<b>Date :</b>
<b>RS : Réalise Seul</b> , sans aide humaine ni technique, sans stimulation ni supervision Activité non altérée dans toutes ces composantes - Environnement normalisé.	<b>RC : Réalise avec Compensation</b> (lenteur-stratégie) <b>seul</b> , sans aide humaine ni technique, sans stimulation ni supervision Activité non altérée dans toutes ses composantes - Environnement normalisé.
<b>RP : Réalise Partiellement</b> - Aide humaine ou technique partiellement. Stimulation ou supervision sporadiquement - Activité altérée dans certaines des composantes.	<b>AR : Absence de Réalisation</b> - Aide humaine ou technique totalement. <b>Stimulation ou supervision constamment.</b> Activité altérée dans toutes ses composantes.

*Cotation pour une personne du même âge et sans aide technique et sans aide humaine.*

SYNTHESE DES BESOINS					
<b>MOBILITE, MANIPULATION</b>	RS	RC	RP	AR	Identifier type d'aide (suppléance complète, partielle, accompagnement). Temps requis : suggéré - constaté
<b>Se mettre debout</b>					
<b>Faire ses transferts</b>					
<b>Marcher</b>					
<b>Se déplacer dans son logement</b>					
Utiliser les escaliers					
<b>Se déplacer à l'extérieur</b>					
<b>Utiliser un moyen de transport</b>					
Aptitude à conduire					
<b>Préhension de la main dominante</b>					
<b>Préhension de la main non dominante</b>					
<b>Activités de motricité fine</b>					
ENTRETIEN PERSONNEL					
<b>Se laver</b>					
<b>Soins du corps</b>					
<b>S'habiller, se déshabiller</b>					
<b>Assurer élimination, utiliser toilettes</b>					
<b>Prendre ses repas, alimentation</b>					
Prendre soin de sa santé					
COMMUNICATION					
<b>Parler - Mener une conversation</b>					
Comprendre					
<b>Entendre</b>					
<b>Voir</b>					
Lire					
Ecrire					
<b>Utiliser appareil-Technique communication</b>					

<b>VIE DOMESTIQUE, VIE COURANTE</b>	<b>RS</b>	<b>RC</b>	<b>RP</b>	<b>AR</b>	Aide (suppléance complète, partielle, accompagnement, <b>surveillance, soutien à l'autonomie</b> ) Temps requis : suggéré - constaté
Faire ses courses					
Préparer repas, nettoyer/ranger vaisselle, table					
Entretenir sa maison, son linge					
Gérer son budget					
Gérer démarches administratives					
Vie sociale/Gérer son temps libre - ses loisirs					
<b>SCOLARITE, FORMATION, PROFESSION</b>					
Suivre un programme de formation - un stage					
Occuper un emploi					
Respecter les règles de base					
Organisation et contrôle de son travail					
Apprentissage-Application des connaissances					
<b>RELATIONS AVEC AUTRUI</b>					
<b>Maitriser son comportement</b>					
Gérer les habiletés sociales					
S'occuper de sa famille/parentalité					
Créer - Maintenir relations avec autrui, affectives, amicales, sexuelles...					
Vivre seul					
<b>TACHES ET EXIGENCES GENERALES / COGNITIF</b>					
<b>S'orienter dans le temps</b> , gestion temporelle des activités					
<b>S'orienter dans l'espace</b>					
Mémoriser					
Fixer son attention					
Initier-Planifier-Organiser-Exécuter					
Vérifier - Contrôler qualité de la tâche					
<b>Réalisation de tâches multiples</b> (successivement et/ou simultanément)					
<b>Gérer sa sécurité</b>					
Reconnaître ses difficultés					
Gérer la routine quotidienne					
S'adapter à la nouveauté, l'imprévu, le stress					
Prendre des initiatives/décisions-Entreprendre					
Acquérir - Appliquer un savoir-faire					
<b>Si 2 RP OU 1 AR = critères validés,</b>  <b>Fiche niveau 2 A COMPLETER</b>					<b>Date et signature (tampon du médecin)</b>

# Si validation médicale, questionnaire sur les retentissements – Document 2b

<b>NOM d'usage/d'épouse :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Prénom :</b>	

<b>VIE QUOTIDIENNE</b>		
Fiche complétée par :	Fonction :	Date :

<b>MISE EN DANGER</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>SOUTIEN A L'AUTONOMIE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>RS : Réalise Seul</b> , sans aide humaine ni technique, sans stimulation ni supervision. Activité non altérée dans toutes ces composantes - Environnement normalisé.	<b>RC : Réalise avec Compensation</b> (lenteur-stratégie) <b>seul</b> , sans aide humaine ni technique, sans stimulation ni supervision. Activité non altérée dans toutes ses composantes - Environnement normalisé.
<b>RP : Réalise Partiellement</b> - Aide humaine ou technique partiellement. Stimulation ou supervision sporadiquement - Activité altérée dans certaines des composantes	<b>AR : Absence de Réalisation</b> - Aide humaine ou technique totalement. <b>Stimulation ou supervision constamment</b> . Activité altérée dans toutes ses composantes. <b>NA : Non applicable.</b>

Réalisation		ILLUSTRER PAR EXEMPLES montrant l'impact au niveau du quotidien, domestique, social, professionnel, relationnel, loisirs ADVERBES A PRENDRE EN COMPTE : spontanément, habituellement, totalement, correctement
<input type="checkbox"/>	<b>Se laver</b>	<input type="checkbox"/> PB SENSORI – MOTEURS <input type="checkbox"/> MAUVAISE PERCEPTION HEMI-ESPACE
<input type="checkbox"/>	<b>S'habiller Se déshabiller</b>	<input type="checkbox"/> PB POUR UTILISER LES OBJETS <input type="checkbox"/> PB HYGIENE - APPARENCE <input type="checkbox"/> OMISSION PARTIES DU CORPS <input type="checkbox"/> CHOIX VETEMENTS INADAPTE FCT SAISONS-CIRCONSTANCES <input type="checkbox"/> PB POUR INITIER CES ACTIVITES <input type="checkbox"/> PB POUR BONNE EXECUTION DE CES ACTIVITES ET LES MENER A TERME DS DELAI RAISONNABLE
<input type="checkbox"/>	<b>Assurer élimination, utiliser toilettes</b>	<input type="checkbox"/> PB CONTROLE VESICO-ANAL <input type="checkbox"/> PB GESTION STOMIE-SONDE <input type="checkbox"/> PB HYGIENE CORPORELLE / LIEU <input type="checkbox"/> CHOIX INAPPROPRIE DU LIEU
<input type="checkbox"/>	<b>Prendre ses repas (alimentation)</b>	<input type="checkbox"/> OMISSION PRISE DES REPAS <input type="checkbox"/> FREQUENCE INADAPTEE REPAS <input type="checkbox"/> PB CONDUITE ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> PB MASTICATION-DEGLUTITION <input type="checkbox"/> PB OUVRIR-COUPER-EPLUCHER
<input type="checkbox"/>	<b>Préparer repas, nettoyer et ranger la vaisselle</b>	<input type="checkbox"/> PB PR CHAUFFER, SERVIR, LAVER VAISSELLE, TABLE ET PLAN DE TRAVAIL, RANGER <input type="checkbox"/> PB POUR FAIRE SON MENAGE <input type="checkbox"/> PB PR GESTION-MAINTENANCE DES APPAREILS ELECTROMENAGERS <input type="checkbox"/> PB PR SOULEVER-PORTER OBJETS
<input type="checkbox"/>	<b>Se déplacer dans son logement</b> Aide à la mobilité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> PB SENSORI – MOTEURS <input type="checkbox"/> SOUS UTILISATION HEMICORPS <input type="checkbox"/> MAUVAISE PERCEPTION HEMI-ESPACE
<input type="checkbox"/>	<b>Utiliser les escaliers</b> Aide à la mobilité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> FATIGUE <input type="checkbox"/> NON SUIVI PRINCIPES SECURITE <input type="checkbox"/> PB ACCESSIBILITE <input type="checkbox"/> LENTEUR <input type="checkbox"/> AUTRE :
<input type="checkbox"/>	<b>Parler Mener une conversation</b>	<input type="checkbox"/> TROUBLES DU LANGAGE <input type="checkbox"/> PB ARTICULATION <input type="checkbox"/> PB PR ENGAGER ET SOUTENIR CONVERSATION <input type="checkbox"/> PB PR COMMUNIQUER EN GROUPE <input type="checkbox"/> PB PR PRODUIRE- RECEVOIR DES MESSAGES NON VERBAUX <input type="checkbox"/> AUTRE :
<input type="checkbox"/>	<b>Lire</b>	<input type="checkbox"/> PB DE LECTURE ET /OU ECRITURE <input type="checkbox"/> PB PR UTILISER TELEPHONE/ORDINATEUR <input type="checkbox"/> PB GESTION APPAREILS DE COMMUNICATION
<input type="checkbox"/>	<b>Ecrire</b>	<input type="checkbox"/> MISE EN DANGER POTENTIELLE USAGE INTERNET <input type="checkbox"/> AUTRE :
<input type="checkbox"/>	<b>Utiliser appareils techniques communication</b> (ordinateur, internet, téléphone...)	