

QUESTIONNAIRE DES HABITUDES DE VIE

Afin de vous proposer un accompagnement adapté à vos besoins et désirs, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes. Les informations que vous nous fournirez figureront dans votre dossier personnel et seront protégées par le secret professionnel.

Il est important de remplir la totalité de ce document. Chaque information peut s'avérer être indispensable dans la prise en compte des besoins de la personne accueillie.

Habitudes de vie de M

Date :

Ce document a été rempli par :

Si vous n'êtes pas notre futur Résident, merci de nous indiquer votre lien, familial, amical, de voisinage, avec la personne qui fait le projet d'être accueilli dans notre établissement :

.....

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation Familiale

Vous êtes : Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve) PACS Vie Maritale

Depuis le

Nombre d'**enfants** : Filles : Fils : Nombre de **petits-enfants** :

Nombre de frère(s) : De Sœur(s) :

Le référent/ interlocuteur privilégié du Résident, est la personne que nous contacterons, aussi souvent qu'une situation le nécessite. Ce référent/ interlocuteur est alors chargé de la communication entre l'équipe pluridisciplinaire et l'ensemble de la famille. Un référent n'a pour responsabilité que la communication et la communication seulement. Il ne prend pas seules les décisions.

Référent(s)/ interlocuteur(s) de l'établissement en précisant le lien de parenté

- 1)
- 2)
- 3)

Situation socio professionnelle

Quelle(s) profession(s) avez-vous exercée(s) ?

-
-
-

Vous êtes en retraite depuis le :

CONTEXTE D'ADMISSION

Motif d'entrée :

Qui a pris la décision de votre venue dans l'établissement ?

Connaissez-vous une ou plusieurs personnes séjournant à l'EHPAD de La Celle Guenand ?

- Oui :
 Non

HABITUDES DE VIE

Pour nous permettre de vous proposer un quotidien qui se rapproche le plus possible de ce que vous viviez à la maison, il est important pour nous de connaître ce que l'on appelle les « habitudes de vie ». Aussi souvent que la situation et l'organisation le permettront nous tenterons d'assurer la continuité de vos habitudes de vie entre votre domicile et notre établissement.

Le lever

Heure de réveil : Heure de lever :

Diriez-vous que vous êtes « Lève tôt »

Diriez-vous que vous préférez la « grasse matinée »

Vous vous levez :

- Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Votre toilette

Vous appréciez : La douche Le bain Ni l'un, ni l'autre

La **fréquence** : fois par

Lors de la toilette vous :

- Êtes autonome ?
 Avez besoin d'une aide partielle ? Avez besoins d'une aide totale ?

Nature du savon utilisé :

- Gel douche Pain de savon
 Savon de Marseille Savon dermatologique, lequel :
 Autres :

Qui gère l'achat des produits de toilette ?

Vos soins esthétiques

Vous vous coiffez :

- Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Vous vous rasez :

- Seul(e)

Votre rasoir est :

- Manuel

Avec de l'aide Electrique

Vous vous maquillez : Oui Avec de l'aide Sans aide
 Non

Utilisez-vous des crèmes de soins pour le corps et/ou le visage ?
 Oui Lesquelles :
 Non

Une soignante de notre établissement, esthéticienne diplômée, peut vous proposer gratuitement, des soins d'esthétiques spécifiques.

Souhaitez-vous qu'elle vous sollicite ? Oui Non

Vous avez pour habitude de vous rendre chez le coiffeur (*) ? Oui Non
Fréquence : fois par

Vous avez besoin de pédicurie (*) ? Oui Non
Fréquence : fois par

(*) Prestations assurées par des professionnels de votre choix, externes à l'établissement, et dont il vous faudra payer les services.

Vos vêtements

Vous choisissez vos vêtements seul ?
 Oui Non

Vous vous habillez :
 Seul(e)
 Avec aide partielle Avec aide totale

Vous avez des bas de contention ?
 Oui Non

Existe-t-il un (des) vêtements particulier que vous souhaiteriez voir nettoyer, par votre famille ?
 Oui Non
Le(s)quel(s) ?

Avez-vous des habitudes vestimentaire, par exemple : « J'ai toujours porté ma casquette », « Je ne porte jamais de pantalon, je préfère les jupes », « Assise j'ai toujours un châle ou un foulard sur les épaules » etc...

Les déplacements

A l'intérieur, vous vous déplacez :
 Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Pouvez-vous monter/descendre les escaliers ? Oui Non
Pouvez-vous utiliser l'ascenseur ? Oui Non

Vous avez besoin d'un appareillage :

Fauteuil roulant Déambulateur Canne tripode
 Canne anglaise Chaussures orthopédiques Autres :

A l'extérieur, vous vous déplacez :

Seul(e) – Êtes-vous capable de prendre le bus Oui Non
 Avec aide partielle Avec aide totale

Parce que vous rencontrez :

Des difficultés de mobilisation ? Ou des difficultés d'orientation

Si vous utilisez un fauteuil roulant :

Êtes-vous autonome Oui Non

Acceptez-vous d'être aidé dans vos déplacements Oui Non

Pour vous rendre à certaines consultations, un transport assis ou allongé peut vous être prescrit. Ce transport n'est pas systématiquement remboursé, par la sécurité sociale ou votre mutuelle.

Lorsqu'une consultation vous est prescrite, votre famille (ou référent) souhaite-t-elle être informée et vous y accompagner ? Oui Non

Des séances de kinésithérapie vous ont été prescrites : Oui Non

Pourquoi ?

Fréquence : Fois par

Votre alimentation

Lors des repas, vous mangez :

- Seul(e)
- Avec aide partielle
- Avec aide totale

La composition de votre petit déjeuner :

Café Chocolat Thé Lait Biscottes Pain de mie Pain Beurre
 Confiture Sucre Sucrette Autres :

Quels sont vos aliments et/ou plats préférés ? :

.....
.....
.....

Quels sont les aliments que vous appréciez le moins ? :

.....
.....

Êtes-vous allergique à certains aliments ? (Un certificat médical vous sera demandé)

.....

Vous avez des difficultés à mastiquer : Oui Non

Vous avez des difficultés à avaler : Oui Non

Vous avez des prothèses dentaires : Haut Bas

La texture de votre nourriture doit être :

Entière Hachée Mixée Semi liquide Eau gélifiée

Une crème hyper protéinée vous a-t-elle été prescrite ? : Oui Non

Régime(s) spécifique(s) :

.....

Sommeil – Repos

La journée

Vous faites une sieste dans la journée : Oui Non

Quand souhaitez-vous faire la sieste : La durée :

La nuit

À quelle heure souhaitez-vous, vous coucher ? :

Diriez-vous, que vous êtes : « Un couche tôt » « Un couche tard »

Vous désirez garder une lumière au cours de la nuit : Oui Non

Vous avez une prescription médicale pour des barrières de lit : Oui Non

Avant votre coucher vous avez pour habitude :

De boire une tisane De regarder la télévision

De prendre un comprimé De lire

Autres :

Les soignants de nuit, sont présents pour veiller à la qualité de votre sommeil.

Vous arrive-t-il de vous réveiller au cours de la nuit ? Oui Non

Pourquoi ?

Votre élimination

L'élimination peut être un sujet délicat à aborder, mais pour assurer votre confort, il est important de nous informer de vos difficultés.

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) aux WC : Oui Non

Pour éliminer avez-vous besoin d'une aide médicamenteuse

Oui () Toujours () Parfois Non

Souffrez-vous d'une incontinence urinaire : Jour Nuit

Souffrez-vous d'une incontinence fécale : Jour Nuit

L'établissement fournit les protections à usage unique,

En aurez-vous besoin ? Oui Non

Dispositifs médicaux

Êtes-vous porteur d'une sonde à demeure ? Oui Non

Êtes-vous porteur d'une colostomie ? Oui Non

Êtes-vous autonome dans l'utilisation de ces dispositifs ? Oui Non

Avez-vous des habitudes particulières en lien avec votre élimination :
.....
.....

Relation – Communication

Vous appréciez la compagnie : Oui Non

Pour vos correspondances écrites, vous écrivez :

Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Les communications téléphoniques, qui restent à votre charge, passent par notre standard.

Souhaitez-vous recevoir des communications téléphoniques ?

Oui Non

Qui n'est pas autorisé à vous téléphoner ?

Souhaitez-vous faire installer le téléphone dans votre chambre ? Oui Non

Portez-vous une prothèse auditive : Oui Non

Portez-vous : Des verres correcteurs Des lentilles

Souhaitez-vous recevoir des visites :

Oui Non

Qui n'est pas autorisé à vous rendre visite ?

Vous êtes orienté dans le temps : Oui Non

Vous êtes orienté dans l'espace : Oui Non

Vous gérez votre argent :

Seul(e)

Avec aide : Qui ?

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique (Tutelle, ...) : Oui Non

Qui assure cette protection :

Soucieux de respecter vos croyances, merci de nous indiquer si vous le souhaitez votre religion :

.....

Êtes-vous pratiquant ? Oui Non

Une fois par mois une messe est célébrée au sein de l'établissement.

Souhaitez-vous y participer ? Oui Non

ACTIVITÉS

Votre literie est entièrement changée une fois par semaine. Le ménage de votre chambre est assuré tous les jours.

Cependant souhaitez-vous continuer à :

Faire votre lit Entretien votre chambre Autres :

Quels loisirs vous intéresseraient

Les jeux de société : Lesquels :

Les activités manuelles : Lesquelles :

Les promenades

La musique : Lesquelles :

La télévision : Programme :

Le tricot ; La couture ; La cuisine ; La lecture ; La gymnastique douce

Les mots croisés

Autres :

.....

.....

Avant votre venue dans notre établissement à quoi ressemblait votre quotidien ?

Membre d'une association. Laquelle-Lesquelles ?

Soirées festives ; Voyages ; Club (Belote, scrabble ...)

Activités physiques & sportives (Pratiquant, spectateur) ; Politique ; Famille

Ami(e)s ; Jardin ; Animaux ; Sorties (culturelles) ; Dessins, peinture

Lecture ; Ecriture ; Chorale ; Travaux d'aiguilles ; Photo ; Cinéma

Théâtre ; Tranquillité à la maison ; Spectacle ; Promenade

Autres :

.....
.....
Le tabac

Vous fumez ? Oui Non

*Pour des raisons de sécurité, pour vous et les autres personnes hébergés, il ne vous sera pas possible de fumer dans votre chambre, et, au sein de l'établissement. Cependant, le balcon, la cours intérieure, le jardin pourront vous accueillir.
En cas d'impossibilité de votre part, une aide vous sera proposée pour votre accompagnement à l'extérieur.*

Nombre de cigarettes par jour :

Qui gère l'achat des paquets de cigarettes ? :

L'animal de compagnie

Avez-vous un animal de compagnie ?

Oui : Lequel :

Non

Avez-vous pris des dispositions particulières en prévision de votre entrée dans l'établissement ?
.....

Sur cette page de questionnaire, nous vous invitons à vous exprimer librement.

Merci de ne surtout pas hésiter à nous indiquer qu'est-ce qui, selon vous, pourrait faciliter votre adaptation au sein de notre établissement.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Événement importants de votre vie :

Souhaitez-vous nous faire part d'événements qui ont marqués votre vie et qui vous paraissent importants à prendre en compte ? Joies, tristesses...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le décès est toujours difficile à vivre pour l'entourage, d'un part.

D'autre part, il nous faut aussi respecter les souhaits des Résidents

Au regard de notre expérience, nous nous permettons de vous solliciter, pour obtenir quelques précisions, afin de faciliter cette épreuve à votre entourage, et de vous garantir le respect de vos souhaits.

Pouvez-vous nous indiquer si vous avez un contrat obsèques

Oui ; Quelle entreprise est dépositaire de ce contrat ?

Non

Souhaitez-vous faire don de votre corps ?

Oui

Non

Devons-nous prendre en compte certaines dispositions religieuses ?

Oui ; Lesquelles ?

Non

Devons-nous prendre en compte une tenue vestimentaire particulière ainsi que des effets personnels (Bijoux, photos...) ?

Oui ; Lesquelles ?

Non

Devons-nous prendre en compte d'autres modalités d'obsèques ? (Lieu d'inhumation, rites religieux...)

.....
.....

MERCI !

Pour le temps que vous avez consacré à répondre à ces nombreuses questions.

