



HABITUDES DE VIE AU QUOTIDIEN

EHPAD DE BLERE

NOM : Prénom :

Ce recueil d'informations a pour objectif de recueillir vos habitudes de vie avant votre entrée dans l'établissement, afin de mieux vous accueillir et d'assurer votre confort lors de votre séjour.

Date à laquelle ce recueil a été effectué :

Ce document a été rempli par :

Si vous n'êtes pas le futur résident, (merci de nous indiquer votre lien familial, amical ou de voisinage, avec la personne qui fait le projet d'être hébergée dans notre établissement) :.....

.....

➤ **Votre motif d'entrée dans l'établissement :**

- à votre demande
- maintien à domicile difficile
- rapprochement familial
- suite hospitalisation
- autre (précisez) :

➤ **Etes-vous consentant pour l'entrée en établissement ?**

- oui non

➤ **Connaissez-vous déjà des résidents habitant ici ?**

- oui non

Si oui : qui ?

Vie sociale et familiale

➤ **Situation familiale :**

marié(e) célibataire veuf(ve) divorcé(e) vie maritale PACS

➤ **Nombre d'enfants :**

Nom-Prénom	Adresse	Téléphone
------------	---------	-----------

Fréquence des contacts (visites, téléphone, courrier...)

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

➤ **Autres membres de la famille** (neveux, cousins, petits enfants...) :

Nom-Prénom	Adresse	Qui ?
------------	---------	-------

Fréquence des contacts (visites, téléphone, courrier...)

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

➤ **Amis :**

.....
.....

➤ **Date et lieu de naissance** (éventuellement, date d'arrivée en France) :

Commentaires :

.....
.....

➤ **Quels sont les différents métiers que vous avez exercé ?**

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

➤ **Dans quel cadre de vie viviez-vous ?**

ville campagne maison appartement

Besoins journaliers

Le matin

➤ **A quelle heure vous réveillez-vous ?**

➤ **A quelle heure avez-vous l'habitude de prendre votre petit déjeuner ?**
.....

- préférez-vous prendre le petit déjeuner ?

avant la toilette

après la toilette

- que mangez-vous au petit déjeuner ?

café

thé

chocolat

lait

jus d'orange

jus de raisin

pain

biscotte

autre (précisez) :

➤ **A quelle heure faites-vous votre toilette ?**

- Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette du haut du corps

non

oui

totalement

partiellement

- Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette du bas du corps

non

oui

totalement

partiellement

➤ **Faites-vous votre toilette ?**

au lavabo

à la douche

fréquence :

➤ **Vous maquillez-vous ?**

oui

non

➤ **Si besoin, préférez-vous ?**

le rasage manuel

le rasage électrique

➤ **Portez-vous ?**

- Prothèses dentaires

non

oui

haut

bas

• Prothèses auditives

non

oui

droite

gauche

• Lunettes

oui

non

➤ **Avez-vous besoin de protections ?** (*protections anatomiques, change intégral..*)

oui

non

La journée, si oui quel type ?

La nuit, si oui quel type ?

Rappel : vous conservez vos produits habituels de toilette qui restent à votre charge ou celle de votre famille

SE DEPLACER

➤ **Avez-vous des difficultés pour marcher ?**

oui

non

Si non, parcourez-vous au moins 50 mètres par jour ?

➤ **Avez-vous besoin d'aides techniques ?**

canne

accompagnant

déambulateur

fauteuil roulant

➤ **Avez-vous besoin d'aide pour aller aux toilettes ?**

oui

non

➤ **Avez-vous besoin d'aide pour :**

Vous lever : non oui totalement partiellement

Vous coucher : non oui totalement partiellement

Vous asseoir : non oui totalement partiellement

➤ **Quels vêtements aimez- vous porter ?**

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

➤ **Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?**

non

oui

totalement

partiellement

➤ **Etes-vous frileux ?**

oui

non

➤ **Le temps du repas est-il un moment agréable pour vous ?**

oui

non

➤ **Quels sont vos aliments ou plats préférés ?**

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

➤ **Quels sont les aliments que vous appréciez moins ?**

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

➤ **Avez-vous un régime ?**

non

oui lequel :

➤ **Avez-vous besoin d'aide pendant vos repas ?**

non

oui

totalement

partiellement

➤ **La texture de votre alimentation doit-elle être adaptée ?**

entière

hachée

mixée

➤ **Aimez-vous faire la sieste ?**

oui non

Si oui, à quelle heure de la journée ?.....

Pour quelle durée ?.....

Où ? lit fauteuil

➤ **Quelles activités appréciez-vous et souhaitez vous continuer si possible ?**

Activités intérieures

télévision radio lecture
 couture tricot, canevass
 jeux de société musique (écouter, jouer)

Activités extérieures

jardinage sorties ballades
 pétanque

➤ **Souhaitez-vous conserver des activités de la vie quotidienne ?**

faire votre lit cuisiner faire des courses
 aide aux tâches ménagères
 autres :

➤ **Lisez-vous ?**

oui non

Si oui, quel genre de lecture ? (*revues, journaux, romans policiers,...*)
.....

➤ **Avez-vous de la correspondance ?**

oui non

➤ **A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ?**
.....

➤ **Avez-vous des habitudes particulières avant d'aller vous coucher ?**

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tisane | <input type="checkbox"/> verre d'eau sur la table de nuit |
| <input type="checkbox"/> lumière | |
| <input type="checkbox"/> volet | <input type="checkbox"/> ouvert <input type="checkbox"/> fermé |

➤ **Quelle est votre position préférée pour dormir ?**
.....

➤ **Dormez-vous avec :**

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> un oreiller | <input type="checkbox"/> deux oreillers |
| <input type="checkbox"/> un traversin | <input type="checkbox"/> un traversin et un oreiller |

➤ **Avez-vous le sommeil léger ?**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

➤ **Etes-vous amené à vous relever ?**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> pour aller aux toilettes |
| <input type="checkbox"/> pour prendre une collation |

CROYANCE

➤ **Avez-vous une religion ?**

oui non

Si oui, laquelle ?

➤ **Etes-vous pratiquant ?**

oui non

ESTIME DE SOI

➤ **Avez-vous recours aux soins esthétiques ?**

oui non

➤ **Avez-vous recours aux services d'une pédicure ?**

oui non

➤ **Aimez-vous aller chez le coiffeur ?**

oui non

<i>Ces soins restent à la charge du résident ou de sa famille</i>

➤ **Etes-vous fumeur ?**

oui non

➤ **Etes-vous :**

droitier gaucher

Avez-vous des évènements de votre vie que vous souhaitez porter à notre connaissance ?

.....

ANCIEN COMBATTANT

➤ **Etes-vous ancien combattant ?**

oui non

ou veuve de guerre ?

oui non

➤ **Etes-vous sous une mesure de protection ?**

- sauvegarde de justice
- curatelle
- tutelle

Si oui, qui est le tuteur ?

➤ **Qui est le responsable des paiements vous concernant ?**

- vous-même
- personne référente :

➤ **Dans votre entourage, qui souhaitez-vous avertir :**

- en cas de besoins de matériels :

.....

- en cas de problème de santé, urgent et grave :

.....

Dans ce cas, cette personne souhaite-t-elle être avertie la nuit ?

- Oui
- Non

➤ **Avez-vous fait part à vos proches de dernières volontés particulières ?**

- non
 - oui lesquelles :.....
-
-

➤ **Avez-vous souscrit un contrat obsèques ?**

- non
- oui

Si oui, nom de l'entreprise dépositaire du contrat et numéro :

.....

.....

.....

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à répondre à ce recueil d'habitudes de vie et vous souhaitons un très bon séjour.

A remettre avant ou au plus tard le jour de l'entrée au service infirmier

EHPAD de BLERE – 25 avenue Carnot 37150 BLERE

 02.47.30.85.85  02.47.30.37.65

 accueilauverdiere@ehpad-blere.fr