

HISTOIRE DE VIE

VOTRE ETAT CIVIL :



❖ Nom :

❖ Prénom :

❖ Non de jeune fille :

❖ Date de naissance :

❖ Lieu :

❖ Adresse :

.....

.....

❖ Etes-vous :

Marié (e)

Célibataire

Vie maritale

Veuf (e)

❖ Date de décès du conjoint :

❖ Avez-vous des enfants ?

Oui

Non

❖ Combien ?

❖ Quelle profession avez-vous exercé ?

❖ Vivez-vous seul (e) ?

Oui

Non

❖ Si non, avec qui ?

.....

❖ Vivez-vous :

En ville

A la campagne

SOCIABILITE/LOISIRS/CULTE/CONTACTS :



❖ Quelles sont vos attentes envers notre établissement ?

.....

.....

.....

❖ Quels sont les activités que vous avez l'habitude de pratiquer ?

Jeux de société

Lecture

Regarder la Télévision

Ecouter le radio, la musique

Tricot, couture

Autres

❖ Faites-vous partie d'un club ou association ?

Oui

Non

❖ Si oui Lequel ?

❖ Quel est votre moyen de transport pour vous rendre au club ?

❖ Êtes-vous de nature solitaire ?

Oui

Non

Parfois

❖ Désirez-vous participer aux activités proposées chaque jour ?

❖ Oui

Non

Selon les activités

❖ Quel culte pratiquez-vous ?

❖ Désirez-vous participer au chapelet le samedi ?

Oui

Non

❖ Quelles seront vos contacts (visites) ?

Famille (précisez)

Amis (précisez)

Voisins (précisez)

HISTOIRE DE LA FAMILLE :



❖ Avez-vous des informations diverses à nous communiquer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Avez-vous des habitudes de vie à nous communiquer ? (rituels.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEPLACEMENT :



❖ Avez-vous besoin d'une aide humaine/matérielle lors de vos déplacements

Oui

Non

Préciser

❖ Vous arrive t- il de chuter ?

Oui

Non

❖ Avez-vous des chaussons ou/chaussures adaptés ?

Oui

Non

HEBERGEMENT :



❖ Désirez-vous aménager et personnaliser votre chambre ?

Oui

Non

Préciser

COMMENT SE DERoule VOTRE JOURNEE ?

LE MATIN :



❖ A quelle heure vous levez-vous ?

.....

❖ De quoi se compose votre petit déjeuner ?

.....

❖ Quelles sont vos habitudes ?

.....

❖ Avez-vous besoin d'aide pour manger ?

Oui

Non

LE MIDI :



❖ A quelle heure avez-vous l'habitude de déjeuner ?

.....

❖ Quelles sont vos habitudes alimentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Avez-vous des troubles de la déglutition ?

Oui

Non

❖ Quels sont vos plats préférés ?

.....

.....

.....

❖ Que buvez-vous?

Eau

Eau pétillante

Eau gélifiée

Vin

Jus de fruit

Café

Autres (précisez)

❖ Avez-vous besoin d'être stimulé(e) ?

Oui

Non

❖ Utilisez-vous un verre avec bec verseur ?

Oui

Non

❖ Avez-vous besoin d'aide pour couper vos aliments ?

Oui

Non

❖ Avez-vous l'habitude de manger entre les repas ?

Oui

Non

❖ Si oui, quoi ?

.....

.....

.....

❖ Avez-vous des allergies alimentaires ? des aversions alimentaires ?

Oui

Non

❖ Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

❖ Avez-vous des particularités ?

Problèmes dentaires

Régime mixé

Régime mouliné

❖ Suivez-vous un régime ? précisez

.....

.....

❖ Fumez-vous ?

Oui

Non

L'APRES MIDI :



❖ Faites-vous la sieste ?

Oui

Non

❖ Si oui,

Dans votre lit

au fauteuil

❖ A quelle heure ? et combien de temps ?

❖ Quelles sont vos habitudes de l'après-midi ?

LE SOIR :



❖ A quelle heure dinez-vous ?

❖ Quelles sont vos habitudes alimentaires ? (précisez)

❖ Quelles sont vos habitudes dans la soirée ?

❖ A quelle heure vous couchez-vous ?

❖ Quelles sont vos habitudes au coucher ?

Vestimentaires (précisez)

Eclairage (précisez)

❖ Désirez-vous une tisane ?

Oui

Non

Autres (précisez)

❖ Désirez-vous être éveillé(e) la nuit ? (Change, aide aux toilettes)

Oui

Non

❖ Si oui, préciser ?

.....

.....

.....

❖ Désirez-vous une barrière à votre lit (sécurité, sur prescription)

Oui

Non

Les deux

Une seule (précisez droite ou gauche)

HYGIENE CORPORELLE :



❖ Désirez-vous être pris(e) en soin par

homme

femme

indifférent

❖ Désirez-vous être pris(e) en soin vers quelle heure ?

Avant 08h

après 09h

indifférent

❖ Désirez-vous un bain et/ou une douche 1 fois par semaine ?

Oui

Non

15 jours

❖ Désirez-vous un shampoing ? :

Chaque semaine

tous les 15 jours

❖ Désirez-vous le coiffeur ?

chaque mois

à votre demande/ou celle de votre famille

❖ Désirez-vous des soins de pédicurie ?

Oui

Non

❖ Avez-vous votre pédicure ? préciser

.....

❖ Avez-vous des prothèses dentaires ?

Oui

Non

Préciser

❖ Portez-vous des lunettes ?

Oui

Non

❖ Quelles sont vos habitudes vestimentaires ? (Sous vêtement, pantalons, gilets, couleurs)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Portez-vous des accessoires (bijou, foulards) ?

Oui

Non

Préciser

❖ Êtes-vous frileux (se)?

Oui

Non

Préciser

ELIMINATION :

❖ Avez-vous des troubles du transit ?

Oui

Non

❖ Prenez-vous un traitement pour aller à la selle ?

Oui

Non

❖ Avez-vous des problèmes d'incontinence ?

Oui

Non

EN CAS D'URGENCE :



❖ Qui désirez-vous prévenir ?

Nom :

Prénom :

❖ Lien de parenté :

❖ Adresse :

.....
.....

❖ Téléphone domicile :

Téléphone travail :

.....

.....

❖ Prévenir la nuit ?

Oui

Non

❖ Lors des Rendez-vous chez un professionnel de santé, pouvez-vous être accompagné par votre famille ?

Oui

Non

Occasionnellement



13 Rue du Maréchal de CROY

59163 CONDE/ESCAUT

Tel 03 27 40 09 00

LIVRET DE VIE

Appartenant à :

Entrée le :

Chambre :

Référent(e) :

Mise à jour le 08/09/2014 avec Mme Marrari, M ;Vanderperre et Mme Anglas