

RECUEIL DE MON HISTOIRE ET DE MES HABITUDES DE VIE

Ce document a pour objectif de mieux vous connaître avant votre entrée dans l'établissement, afin que votre séjour soit le plus adapté possible à vos souhaits et habitudes. Vous devez le compléter, en vous aidant éventuellement de vos proches, et nous le rendre lors de votre visite de pré-admission.

MON ETAT CIVIL

Mon nom :

Mon prénom :

L'adresse de ma dernière habitation :

Ma date de naissance :

Mon lieu de naissance :

Ma langue maternelle :

Je parle d'autres langues : Oui Non

Lesquelles :

MA SITUATION FAMILIALE

Marié(e) Célibataire Divorcé(e)

Pacsé(e) Concubinage Veuf/veuve
(date)

Nombre d'enfants :

Nombre de petits-enfants :

Nombre de frères et sœurs :

Profession des parents (avant retraite) :

Profession exercée du conjoint :

AVANT MON ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT

Je viens de :

Mon domicile :

- Maison Oui Non
- Appartement Oui Non

D'une structure hospitalière :

Autre :

Je suis impliqué(e) dans cette nouvelle étape de ma vie ? Oui Non

C'est ma décision ? Oui Non

Sinon, qui a émis le souhait de mon entrée :

J'ai été informé(e) de mon entrée il y a :

Mes différents lieux de vie:

Ma profession :

J'ai obtenu les diplômes suivants :

J'ai rêvé de faire tel métier :

J'ai voyagé durant ma vie : Oui Non

Dans quels régions/pays ?

Mon principal soutien social (Amis plusieurs réponses possibles) :

Famille Voisin Amis Autres

Avez-vous vécu des moments difficiles dans votre vie (deuil, guerre...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MES HABITUDES DE VIE PARTICULIERES

Je suis attaché(e) à un meuble, objet, lieu de vie particulier :

J'aime être dans (pièce) :

J'aime les animaux : Oui Non

Lesquels ?

Ma vie culturelle :

- Catholique Protestant Musulman
- Bouddhiste Témoin de Jéhovah Hindouiste
- Orthodoxe Juif Athée

Autres :

En fonction de ma religion, j'ai des habitudes particulières :

.....

Le type de pratique de ma vie culturelle :

Praticant(e) strict(e) Praticant(e) Non pratiquant(e)

D'une façon générale, je préfère être :

Seul(e) Entouré(e)

J'aime le silence : Oui Non

Le bruit me rassure : Oui Non

MA TOILETTE

Je suis pudique : Oui Non

Je fais d'habitude ma toilette : Avant mon petit déjeuner Après mon petit déjeuner

J'ai l'habitude de faire ma toilette : Le matin L'après-midi Le soir

Je fais d'habitude ma toilette : Debout Debout/assis(e) Assis(e)
 Couché(e) Couché(e)/assis(e) Au lit

J'ai besoin d'aide pour la toilette : Oui Non

J'aime l'eau Plutôt froide Tiède Chaude

J'aime me parfumer Oui Non

Je possède un appareil dentaire Oui Non

J'ai l'habitude de la pédicure Oui Non

Tous les

Je suis plutôt coquet(te) Oui Non

Si je suis une femme, j'aime me maquiller Oui Non

Si je suis un homme, pour me raser j'utilise Un rasoir électrique Un rasoir mécanique

Ai-je l'habitude prendre une douche Oui Non

Je me lave les cheveux A chaque douche De temps en temps Jamais

C'est le coiffeur qui me lave les cheveux tous les

MES HABITUDES VESTIMENTAIRES

Je suis plutôt frileux (se) Oui Non

J'aime porter des couleurs Oui Non

Si je suis une femme, j'ai l'habitude de porter un soutien-gorge Oui Non

J'ai besoin de l'aide d'une personne :

Pour choisir mes vêtements	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour m'habiller le matin	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour enfiler le haut de mes vêtements	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour enfiler le bas de mes vêtements	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour attacher mes boutons	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour attacher mes fermetures éclair	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour mettre ou enlever mes chaussettes	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour mettre mes chaussures	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour retirer mes chaussures	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pour me déshabiller le soir	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

MES HABITUDES DE VIE ALIMENTAIRES

J'ai maigri récemment Oui Non

De combien de kilos : En combien de temps :

J'ai besoin d'aide pour mes repas Je mange seul(e) Aide partielle Aide complète

J'ai des difficultés pour mâcher Oui Non

J'ai une préférence pour Le sucré Le salé

Mes péchés mignons :

Ce que j'aime comme aliments :

Ce que je n'aime pas comme aliments :

J'ai plutôt bon appétit Oui Non

J'ai des habitudes de grignotage Oui Non

Ma texture Entier Haché Mixé

Je fais des allergies alimentaires :

Je bois Seul(e) Avec aide humaine Avec aide matérielle

J'aime boire De l'eau Du sirop

Il m'arrive parfois d'avaler de travers Oui Non

J'aime manger Tôt le matin Tard le matin

J'aime manger pour mon petit déjeuner :

- Biscotte Pain Pain de mie
 Beurre Confiture Autres :

J'aime boire :

- Chaud Froid
 Thé Café Café au lait
 Chocolat Lait Jus de fruits

Je sucre Oui Non

Je prends (nombre de morceaux de sucre)

MES INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

Mes habitudes de mobilité :

J'arrive à me tenir sur mes jambes Oui Non

Je suis tombé(e) récemment Oui Non

Je risque de partir sans prévenir : Oui Non

Je me déplace seul(e) : Oui Non

Avec une aide matérielle : Oui Non Laquelle :

J'ai besoin d'une contention veineuse Bandes Bas Chaussettes Collants

J'ai besoin d'aide pour me lever Oui Non

J'ai besoin d'aide pour me coucher Oui Non

Je suis fumeur Oui Non

Je fumais environ : par jour

MES HABITUDES D'ELIMINATION

Je vais aux toilettes Seul (e) Avec l'aide d'une personne Avec l'aide d'un médicament

J'ai besoin d'aide pour mon élimination Fécale Urinaire

J'ai besoin d'une aide matérielle :

Protections de jour : Pull-up Change anatomique Change complet

Protections de nuit : Pull-up Change anatomique Change complet

MES HABITUDES DE SOMMEIL

Je me couche à :

- J'aime lire avant de m'endormir : Oui Non
 J'aime avoir une veilleuse : Oui Non
 Je m'endors : Vite Lentement
 Je dors : Peu Beaucoup
 Je dors bien la nuit : Oui Non

Pour m'endormir, je prends Tisane Médicaments Autres

J'ai besoin du passage des soignants la nuit : Oui Non

- Pour me rassurer Pour changer ma protection

Je me lève la nuit : Oui Non Parfois

Je me lève habituellement à

J'aime faire une sieste (plusieurs réponses possibles) :

- Dans mon fauteuil Dans mon lit Dans ma chambre Dans un salon

MES HABITUDES DE COMMUNICATION

Je communique de manière : Verbale Non verbale Autre :

J'ai besoin d'une aide pour m'orienter :

Dans le temps : Calendrier Horloge Stimulation Autre

Dans l'espace : Nom sur ma porte Dessins indicatifs Autres :

J'aime discuter en particulier de :

Dans un groupe de personnes, je me sens :

- Très bien Mal à l'aise Très mal à l'aise J'aime plutôt m'isoler

Que dirais-je spontanément de mon caractère, mes qualités, mes défauts :

.....

.....

.....

.....

MES HABITUDES CULTURELLES / LOISIRS

J'ai une passion :

Les loisirs que je pratique :

Type d'activités	Avant	Maintenant
Lecture		
Bricolage		
Jardinage		
Tricot		
Couture		
Cuisine		
Ménage		
Cartes		
Jeux de société		
Actualités TV/Journal		
Musique		
Chant		
Cinéma		
Peinture		
Danse		
Sport		
Vélo		
Promenade		
Autres :		

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION