



Fiche d'habitudes de vie

Identité du Résident

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....
.....

Téléphone fixe : Portable :.....

Avant l'entrée en institution vous viviez :

Seul

En structure hébergement

En famille

Autre

Le résident est-il informé de son admission en E.H.P.A.D. :

Oui

Non

Motif de l'admission :

Protection Juridique :

Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Identité et Coordonnées du Tuteur ou Curateur :

.....
.....

Médecin Traitant choisi lors de l'admission (nom, adresse, téléphone) :

.....
.....

Environnement Familial

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve)
 Divorcé(e) Vie maritale

Nombre d'enfant(s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone

Liens Familiaux et Sociaux :

Visites régulières : Oui Non
Si oui : Famille Amis Voisins Autre

Parcours de vie durant l'enfance et l'adolescence

Nombre de frère(s) et de sœur(s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone

Parcours de vie adulte:

Profession principale exercée :

Autres professions exercées :

Etes-vous fumeur : Oui Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour :

Habitudes alimentaires

Quelle est la composition de votre petit déjeuner :

Pain Biscottes Pain de mie Café Thé Chocolat au lait

Trouble de l'appétit : Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

Trouble de la déglutition : Oui Non

- Usage d'épaississant / Eau gélifiée Oui Non

Régime alimentaire prescrit médicalement :

Sans Sel Diabétique Complément alimentaire Autre (lequel) :

Texture des repas : Normal Haché Mixé

Allergies ou intolérances alimentaires :

.....
.....

Remarque(s) particulière(s) sur l'alimentation :

.....
.....

Repos et sommeil

Trouble(s) du sommeil ? Oui Non

Si oui, traitement en cours :

Sieste : Oui Non

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Rituel avant le coucher :

(Par exemple: Verre d'eau sur la table de nuit, mouchoir, volets ouverts, volets fermés, veilleuse, porte ouverte, porte fermée)

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

Mobilité et déplacement

Prise en charge kinésithérapeute : Oui Non

Interviendra-t-il sur l'établissement ?

Aide à la toilette : Non Partielle Totale

Aide technique pour le déplacement ou la mobilité : Oui Non

Quelles sont les aides techniques et matériels que vous avez/ avez à votre entrée :

(Cochez ci-dessous les bonnes réponses).

▪ Canne(s) : Oui Non

Si oui, laquelle :



Canne simple



Canne canadienne



Canne Tripode

▪ Cadre de marche : Oui Non

Si oui, lequel :



Cadre simple



Cadre à deux roues

▪ Déambulateur / Rollator :

Oui

Non

Si oui, lequel :



Déambulateur à 2 roues



Rollator 4 roues



Rollator 3 roues

▪ Fauteuil roulant :

Oui

Non

Si oui, lequel :



Fauteuil de transfert



Fauteuil semi-actif



Fauteuil confort



Fauteuil coquille

▪ Aide aux transferts :

Aucune

Aide humaine

Si aide matérielle, laquelle :



Guidon de transfert



Verticalisateur électrique



Soulève personne

▪ Contention : Oui Non

Si oui, laquelle :



Matelas à mémoire de forme



Matelas à air



Coussin de positionnement

▪ Prévention des chutes.

Si oui, ordonnance à jour :

Oui Non



Barrières au lit



Ceinture pelvienne

Élimination – Transit

Avez-vous des troubles de l'élimination ? Oui Non

Si oui, lesquels:

Autres appareillages

Avez-vous des appareillages (auditifs, lunettes, dentaires,...) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

Vie culturelle

Avez-vous une religion ? Oui Non

Etes-vous pratiquant : Oui Non

Animation et centre(s) d'intérêt

- Quelles étaient vos activités principales à la retraite :

(Entourez les bonnes réponses)

Promenades, voyages, réunions entre amis, jardinage, bricolage, couture, tricot

Autres activités, lesquelles :

- Aviez-vous ou avez-vous un passe-temps ou une passion ? Oui Non

Si oui, laquelle :

- Souhaitez-vous rencontrer d'autres résidents : Oui Non

- Aimez-vous rester dans votre chambre : Oui Non

- Aimez-vous regarder des films : Oui Non

Quel est un de vos films préférés :

- Aimez-vous la musique : Oui Non

Quel genre de musique aimez-vous (variété, classique, opéra, opérette, jazz...) :

.....

- Aimez-vous ou aimez-vous lire : Oui Non

Souhaitez-vous participer aux ateliers lecture :

- Aimez-vous les jeux : Oui Non *Si oui, le(s)quel(s) :*

Souhaitez-vous participer aux après-midi jeux de sociétés :

- Aimez-vous chanter : Oui Non

Souhaitez-vous participer à la chorale ou venir l'écouter :

- Aimez-vous le théâtre : Oui Non

- Aimez-vous l'histoire : Oui Non

- Aimez-vous sortir (jardin, ville, magasins...) : Oui Non

- Aimez-vous ou aimez-vous écrire : Oui Non

Souhaitez-vous participer aux ateliers mémoires, jeux de mots ... : Oui Non

- Aimez-vous ou aimez-vous les activités artistiques ou manuelles : Oui Non

Le(s)quel(les) :

Souhaitez-vous y participer (peinture, bricolage, couture, préparer la décoration pour les fêtes...) : Oui Non

Souhaitez-vous participer à l'atelier esthétique ? Oui Non

Nous organisons une petite fête tous les 2 mois pour fêter les anniversaires.

Souhaitez-vous y participer ?

Oui Non

Autre(s) renseignement(s) :

Susceptible(s) de compléter ce questionnaire d'habitudes de vie et qu'il serait important de connaître avant votre entrée en E.H.P.A.D.

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

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Fait à, le

Questionnaire complété par :

Le futur résident La famille Le tuteur L'entourage

Nom - Prénom :

Nom - Prénom :

Qualité : Qualité :

Signature,

Signature,