

# RECUEIL DE DONNÉES

Vous allez prochainement entrer à l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Montbron. En vue d'établir votre projet d'accompagnement personnalisé, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce document.

Il nous permettra de mieux vous connaître.

Sentez-vous libre de ne renseigner que ce que vous souhaitez nous communiquer.

## MOI aujourd'hui.

Je m'appelle.....

Nom de jeune fille : .....

Je suis né(e) le .....

A.....

Aujourd'hui, j'habite à .....

dans :  une maison  un appartement  autre (précisez).....

J'ai un jardin  oui  non

Je vis seul(e)  oui  non

Je suis :  marié(e)  
 en concubinage  
 veuf (ve)  
 divorcé (e)  
 séparé (e)

Date du décès de votre conjoint(e) .....

Une aide à domicile vient chez moi.....  oui  non

A quelle fréquence ? .....

Quelles aides vous apporte-t-elle ? .....

.....

Des amis, voisins viennent souvent me rendre visite  oui  non

Je vis chez des proches  oui  non.

Si oui, je vis chez ..... depuis .....

J'ai un animal domestique  oui  non, c'est un..... il s'appelle.....

Je souhaite rentrer en maison de retraite pour la raison suivante:

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

Mon parcours institutionnel avant l'entrée (hospitalisations etc.).....

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

**MOI dans le passé.**

**Mon enfance**

J'ai grandi à .....

Mon père exerçait le métier de .....

Ma mère exerçait le métier de .....

J'avais .....frères et .....sœurs.

Leurs prénoms .....

.....

De mon enfance, je dirais .....

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

## **Ma situation familiale**

Prénom de mon conjoint.....

Sa profession .....

J'ai .....enfants.

Ils se prénomment .....

J'ai .....petits-enfants. Ils se prénomment .....

J'ai ..... arrières petits-enfants. Ils se prénomment .....

## **Éléments biographiques divers**

J'ai travaillé :  oui  non

J'ai exercé le(s) métier(s) de..... dans l'entreprise

.....à.....

J'ai eu d'autres activités  oui  non

Si oui, lesquelles ?.....

J'ai vécu à .....

Certains événements ont fortement marqué ma vie.....

# Ma façon d'être

Ce que je peux vous dire de mon caractère et de mes valeurs : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Mes habitudes de vie

## Mon sommeil

Je me lève généralement à .....

Et je me couche à .....

J'ai l'habitude de faire une sieste l'après-midi  oui  non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mon sommeil (position, habitudes, température, luminosité, traitement etc.).....

.....

.....

## Mes habitudes alimentaires

Habituellement, je prends mon petit déjeuner vers .....h.....,

mon déjeuner à .....h.....

mon dîner à .....h.....

Ce que je prends habituellement au petit déjeuner : .....

.....

Au cours de mes repas, j'ai l'habitude de boire ( précisez quoi).....

Pour mon goûter, je bois.....

je mange.....

Au moment du coucher, je bois.....,

je mange.....

Les aliments que j'aime particulièrement.....

Ce que je n'aime pas du tout manger.....

J'ai un régime particulier :  oui  non

Si oui, il a pour origine :  Du diabète

Du cholestérol

Allergies/intolérances

Autres (précisez).....

Je mange peu

J'ai bon appétit

J'ai très bon appétit

Mes aliments sont servis :  normalement

hachés

mixés

J'ai des troubles alimentaires :  oui  non

Si oui, j'ai connu des périodes  d'anorexique  de boulimie

Je fais des fausses routes :  oui

non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes alimentaires.....

### **Mes habitudes vestimentaires**

Je suis frileux(se)

oui

non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes vestimentaires...

## Mon hygiène

J'ai l'habitude :  de prendre une douche ..... tous les jours .....fois par semaine

de prendre un bain ..... tous les jours .....fois par semaine

de faire ma toilette au lavabo .....  tous les jours ..... fois par semaine

qu'on fasse ma toilette au lit

Ce que je préfère.....

J'ai des soucis d'incontinence :  oui  non

J'utilise des protections :  occasionnellement  en permanence

le jour  la nuit  le jour et la nuit

Je me fais un shampooining tous les..... jours.

Je vais chez le coiffeur tous les.....

Je me maquille  oui  non

Je vais chez le pédicure :  oui  non si oui, tous les.....

## Déplacements

Je me déplace :  seule(e)

avec une canne

avec un déambulateur

en fauteuil roulant

## Mes activités de la vie quotidienne

Je fais mon ménage quotidien :  oui  non

Je fais mon lit :  oui  non

Je fais la cuisine:  oui  non

Je fais mes courses :  oui  non

Je lave mon linge:  oui  non

Je conduis mon véhicule :  oui  non

Je gère seul(e) mon argent :  oui  non

J'accomplis seul(e) mes formalités administratives :  oui  non

Occupations de la matinée : .....

Occupations de l'après-midi : .....

Occupations de la soirée : .....

Je voudrais vous préciser autre chose concernant ma vie quotidienne .....

## **Mes loisirs**

Mes loisirs passés : .....

Mes loisirs actuels : .....

Je fais du vélo :  oui  non

J'aime la marche à pied :  oui  non

Je fais du jardinage :  oui  non

J'aime bricoler :  oui  non

J'aime cuisiner :  oui  non

J'aime peindre :  oui  non

J'aime coudre :  oui  non

J'aime tricoter :  oui  non

J'aime la musique :  oui  non

Ma musique préférée est : .....

Je joue ou je jouais d'un instrument :  oui  non

Si oui,le(s)quel(s) ?.....

J'aime écouter la radio :  oui  non

J'aime regarder la télévision :  oui  non

J'aime lire :

le journal :  oui  non

des livres :  oui  non

des revues :  oui  non

J'aime les jeux de sociétés :  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

J'aime l'ordinateur  oui  non

Je vais sur internet  oui  non

J'ai d'autres activités.....

## **Ma santé**

Ma vue :

Je porte des lentilles

Je porte des lunettes  Je mets un collyre de façon permanente.

Après correction,  j'ai une vue correcte  je suis malvoyant  je suis aveugle

Mon audition:

J'ai une ouïe correcte

Je suis malentendant

Je suis sourd

J'ai un  appareil auditif droit

un appareil auditif gauche

J'ai les deux

Prothèse dentaire :

J'ai un appareil dentaire :  Oui  Non

Il est : ..... en haut  en bas

Tabac.

Je fume :  Oui  Non

Si oui, je fume  des cigarettes  le cigare  la pipe

Les intervenants sont:

Médecin généraliste :.....

Infirmier(e) :.....

Auxiliaire de vie :.....

Kinésithérapeute :.....

Dentiste : .....

Spécialistes :.....



# MOI à la maison de retraite

Mes attentes pour ma vie en EHPAD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions du temps et de l'intérêt que vous avez porté à ce document. Soyez certain(e) que l'ensemble des éléments de ce dossier sera traité avec professionnalisme et ne sera utilisé que dans l'objectif d'améliorer votre prise en soin au sein de votre nouveau lieu de vie.

Merci de nous remettre ce document daté et signé dans les semaines à venir.

Signature :

Le résident

et/ou sa famille