



FICHE HISTOIRE et HABITUDES de VIE

Mme / Mr

A remplir par la **personne de référence** :

Afin de personnaliser notre accueil et de proposer un accompagnement de qualité, et pour faciliter l'intégration du résident dans notre Etablissement, il est nécessaire pour notre équipe d'être renseignée sur des aspects pratiques et aussi identitaires concernant votre parent ou votre proche. Prenez votre temps pour remplir ce questionnaire relatif à ses habitudes de vie, qui constitue un outil de travail précieux pour nous. Nous vous rappelons que les professionnels de l'Etablissement sont tenus au devoir de confidentialité.

Histoire de vie générale

(Ce que vous souhaitez nous raconter sur votre parent, tout ce que vous jugez important de nous transmettre)

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

Evénements de vie importants

(Par ex : deuil, maladie, divorce, perte d'emploi, déménagement ou tout autre événement marquant)

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

Famille

Prénoms

Du conjoint : Profession :

Des enfants :

.....

Des parents :

De la fratrie :

Lieux de vie

Origine/Enfance :

Dernier lieu de vie :

Goûts et habitudes

Repas

La personne a-t-elle plutôt bon appétit ?

Que préfère-t-elle manger ?

.....

Que n'aime-t-elle pas manger ?

.....

Prend-elle habituellement un goûter ?

Est-elle ou a-t-elle été fumeuse ?

A-t-elle l'habitude de boire du vin à table ?

A-t-elle l'habitude de boire une tisane le soir ?.....

Est-elle réticente concernant la prise de ses médicaments (si elle en a) ?

Toilette

La personne peut-elle se laver seule ? Se doucher seule ?

A-t-elle déjà été aidée dans sa toilette par une personne inconnue ? Cela lui pose t-il problème ?

.....

A-t-elle l'habitude de prendre des douches ou des bains ? A quelle fréquence ?

.....

Va-t-elle régulièrement chez la coiffeuse ?

Peut elle s'habiller seule ?

Est-elle particulièrement soucieuse de son habillement ?

Quel type de vêtements a-t-elle l'habitude de porter (pantalons, jupes...), couleurs ?

.....

Aime-t-elle se maquiller ? Porter du vernis à ongles ? Des bijoux ? Un chapeau ? Un foulard ? Etc.

.....

A-t-elle besoin de protection urinaire (de jour, de nuit) ?

.....

Sommeil

Vers quelle heure se couche habituellement la personne le soir ?

Vers quelle heure se réveille-t-elle ?

A-t-elle une habitude avant de dormir ?

.....

Dort-elle avec une lumière ou dans le noir ?

Porte ouverte ou fermée ? Volet ouvert ou fermé ?

A-t-elle l'habitude d'aller aux toilettes pendant la nuit ?

A-t-elle l'habitude de manger ou boire pendant la nuit ?

Est-elle particulièrement frileuse ou l'inverse ?

Dort-t-elle avec plusieurs oreillers ?

Fait-elle une sieste l'après-midi ?

Faites un petit schéma simple de la disposition de sa chambre à coucher (orientation lit, porte, fenêtre...) :

Indiquez quels objets elle a l'habitude d'y voir (tableau, livres, objets, photos...)

Activités

A-t-elle l'habitude de regarder la télévision ?

Qu'aime-t-elle regarder ?

Aime-t-elle la musique ? Quel genre ?

Joue-t-elle ou a-t-elle joué d'un instrument de musique ?

Aime-t-elle chanter et/ou danser ?

Entourer ce qu'elle aime : (noter « A » pour « Avant » : pour ce qu'elle a aimé faire mais ne fait plus)

<i>Ecouter la radio</i>	<i>Faire des jeux de mots</i>	<i>Aller au cinéma</i>	<i>Aller au théâtre</i>	<i>Aller à des concerts</i>
<i>Faire des visites culturelles (musées, expo)</i>	<i>Lire</i>	<i>Se promener</i>	<i>Jardiner</i>	<i>Faire du sport</i>
<i>Etre en compagnie d'animaux (a-t-elle un animal ?)</i>	<i>Discuter</i>	<i>Bricoler</i>	<i>Tricoter</i>	<i>Dessiner</i>
<i>Faire des activités manuelles</i>	<i>Cuisiner</i>	<i>Jeux de société</i>	<i>Jouer aux Cartes</i>	

Autres

La personne est-elle croyante? A-t-elle l'habitude d'assister à un culte (messe ou autre...) ?

.....

Caractère

(Traits de caractère les plus marqués de votre proche)

.....

Autres informations utiles

.....

