



Accueil de jour EHPAD

HABITUDES DE VIE

NOM, prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Domicile :

Téléphone :

HISTOIRE DE VIE

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Ancienne profession :

Langues parlées :

Protection juridique :

Référent familial :

Personne de confiance (annexe à renseigner / signer)

SOUFFLE

La personne accueillie :

- S'essoufle-t-elle rapidement ?
- Est-elle fumeuse ?
- Fumeuse depuis combien de temps ?
- Fume combien de cigarettes ?
- A besoin d'oxygénothérapie ?

BOIRE ET MANGER

La personne accueillie :

- Aime boire les boissons suivantes :
- N'aime PAS manger :
- Mange en texture : normale hâché mixé lisse

- Allergies alimentaires ou intolérances connues :
- Mange : seule aide totale aide partielle

Heure habituelle du petit-déjeuner :

Heure habituelle du déjeuner :

Heure habituelle du goûter :

Heure habituelle du dîner :

Présence de prothèses dentaires :

OUI gérées par la personne elle-même ? OUI NON, par :.....
 NON

Troubles de la déglutition :

Fausses routes : OUI NON

Eau gélifiée : OUI NON

Régimes particuliers :

ELIMINATION

Incontinence urinaire OUI NON

Incontinence fécale OUI NON

Protections OUI NON

La personne accueillie peut aller aux toilettes : seule avec aide

DEPLACEMENTS

La personne accueillie :

Marche :

seule seule avec canne seule avec déambulateur avec aide humaine seulement

Effectue ses transferts : seule avec aide humaine

A besoin d'être couchée dans la journée : OUI NON

A tendance à chuter : OUI NON

SOMMEIL ET REPOS

Prise de somnifères OUI NON

Heure de réveil : Heure de coucher :

Sieste : OUI NON

Commentaire :

VETEMENTS

Choisi seul(e) ses vêtements OUI NON

Préférences de couleurs :

Aide à l'habillage OUI NON Aide au déshabillage OUI NON

Frileux(se) OUI NON A toujours chaud OUI NON

TOILETTE

Aide totale Aide partielle

Heure habituelle de la toilette :

Soins esthétiques (habitudes) :

COMMUNICATION & RELATIONS SOCIALES

Appareils auditifs

OUI Oreille droite Oreille gauche

gérés par la personne elle-même ? OUI NON, par :

NON

Lunettes

OUI gérées par la personne elle-même ? OUI NON, par :

NON

Vision (commentaire) :

.....

Relations humaines (commentaire) :

.....

Moyens susceptibles d'apaiser les troubles du comportement :

.....

CROYANCES

Croyant(e) OUI NON Praticante OUI NON

Commentaire

OCCUPATIONS

Habitudes occupationnelles :

.....

Gestion de l'argent :

.....

Gestion administrative :

.....

EVENEMENTS AYANT MARQUE L'HISTOIRE DE VIE

Faits principaux :

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

Fiche renseignée par :

- La personne accueillie :
- Famille / tuteur :
- Autre :

Fait à Lunel, le.....

Signature personne accueillie

Signature famille / tuteur

Autre

