



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 :

Fausse route : ☐ 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