

VOTRE IDENTITÉ

Votre nom

Votre prénom usuel

vous êtes né(e) le

Ancienne profession

vous êtes

célibataire

veuf si oui depuis le

marié(e)

divorcé(e) si oui depuis le

Nationalité

Religion

vous avez des enfants ?

OUI
NON

Combien ?

NOM	PRÉNOM	DATE NAISSANCE	ADRESSE	TÉLÉPHONE

vous avez des petits enfants ?

OUI
NON

Combien ?

NOM	PRÉNOM	DATE NAISSANCE	ADRESSE	TÉLÉPHONE

vous avez des arrières petits enfants ?

OUI
NON

Combien ?

NOM	PRÉNOM	DATE NAISSANCE	ADRESSE	TÉLÉPHONE

VOTRE DOMICILE ACTUEL EST

un appartement étage n° ascenseur OUI NON
 une maison avec étage OUI NON avec jardin OUI NON

vous occupez ce logement depuis le :

VOS RYTHMES DE VIE

Avez-vous bon sommeil ? OUI si non, vous réveillez vous la nuit ? OUI
 NON NON

heure de lever souhaitez-vous que vos volets soient : ouverts ou fermés ?
 heure de coucher souhaitez-vous qu'une lumière reste allumée ? OUI NON

heure de sieste : de heures des repas : petit déjeuner :
 à déjeuner :
 dîner :

VOS CENTRES D'INTERET, VOS LOISIRS

quels sont vos loisirs ? journal lecture
 sorties radio autres
 TV jeux de société

souhaitez-vous déclarer une religion ? pratiquant OUI NON

VOTRE MOBILITÉ

pouvez-vous vous déplacer seul(e) à l'intérieur ? OUI NON sur quelle distance ?
 pouvez-vous vous déplacer seul(e) à l'extérieur ? OUI NON sur quelle distance ?
 pouvez-vous monter un escalier ? OUI NON descendre un escalier ? OUI NON
 utilisez-vous un cadre de marche ? OUI NON
 utilisez-vous 1 canne ? OUI NON 2 cannes ? OUI NON
 pouvez-vous sortir seul(e) de votre lit ? OUI NON
 avec 1 personne ? OUI NON avec 2 personnes ? OUI NON
 pouvez-vous vous lever seul(e) de votre fauteuil ? OUI NON
 avec 1 personne ? OUI NON avec 2 personnes ? OUI NON
 pouvez-vous vous recoucher seul(e) ? OUI NON
 avec 1 personne ? OUI NON avec 2 personnes ? OUI NON
 utilisez-vous un fauteuil roulant ? OUI NON

VOTRE ALIMENTATION

colonne réservée à l'infirmière

votre taille : -----						votre poids : -----
pensez-vous avoir bon appétit ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
vous alimentation est ?					en morceaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
suivez-vous un régime ?					en morceaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
avez-vous besoin d'aide au moment des repas ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
					pour vous installer	<input type="checkbox"/>
si oui,					découper vos aliments	<input type="checkbox"/>
					autres	<input type="checkbox"/>
faut-il vous faire manger ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
que prenez-vous au petit déjeuner ?	-----					
quels sont les aliments que vous n'aimez pas ?	-----					
quels sont les aliments que vous préférés ?	-----					
buvez-vous du café après le déjeuner?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
buvez-vous du vin aux repas?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
buvez-vous une tisane le soir?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
avez-vous un bon état dentaire?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
portez-vous un appareil dentaire?	OUI	<input type="checkbox"/>			NON	<input type="checkbox"/>
	BAS	<input type="checkbox"/>				
	HAUT	<input type="checkbox"/>				
êtes vous ?					droitier	<input type="checkbox"/>
					gaucher	<input type="checkbox"/>
utilisez-vous des aides techniques ?	OUI	<input type="checkbox"/>			NON	<input type="checkbox"/>
					si oui lesquelles	

VOS SOINS D'HYGIÈNE

faites-vous votre toilette ?	seul(e)	<input type="checkbox"/>		avec l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	pas du tout	<input type="checkbox"/>
avez-vous l'habitude de faire votre toilette :							
				au lavabo	<input type="checkbox"/>	de prendre une douche	<input type="checkbox"/>
				de prendre un bain	<input type="checkbox"/>		
vous peau est-elle sèche ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une escarre ?	OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
pouvez -vous vous habiller ? :	seul(e)	<input type="checkbox"/>			avec l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	pas du tout <input type="checkbox"/>
Portez-vous un corset	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	une gaine	OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
					un bandage	OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
êtes-vous frileux(se) ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	craigniez-vous la chaleur	OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

COMMUNICATION

colonne réservée à l'infirmière

votre vue est-elle ?	bonne	<input type="checkbox"/>		mauvaise	<input type="checkbox"/>		
portez-vous des lunettes ?		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
votre ouïe est-elle ?	bonne	<input type="checkbox"/>		mauvaise	<input type="checkbox"/>		
portez-vous un appareil auditif ?		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>		
	si oui		oreille droite	<input type="checkbox"/>	oreille gauche	<input type="checkbox"/>	
utilisez-vous le téléphone?	seul(e)	<input type="checkbox"/>		avec l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	pas du tout	<input type="checkbox"/>
vous occupez-vous de vos papiers ?	seul(e)	<input type="checkbox"/>		avec l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	pas du tout	<input type="checkbox"/>
pensez-vous avoir une mémoire :	bonne	<input type="checkbox"/>		moyenne	<input type="checkbox"/>	défaillante	<input type="checkbox"/>

PRÉVENTION DES RISQUES

actuellement vous dormez dans un lit :	normal	<input type="checkbox"/>	médicalisé	<input type="checkbox"/>	avec barrières	<input type="checkbox"/>
quel type de fauteuil utilisez vous ?						
avez-vous fait une chute dans l'année ?		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
	combien					

VOS BESOINS NATURELS

allez-vous à la selle ?	tous les jours	<input type="checkbox"/>		êtes-vous constipé	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
	tous les 2 jours	<input type="checkbox"/>						
	tous les 3 jours	<input type="checkbox"/>						
utilisez-vous :	les toilettes		jour	<input type="checkbox"/>	nuit	<input type="checkbox"/>		
	la chaise -pot		jour	<input type="checkbox"/>	nuit	<input type="checkbox"/>		
	la bassine		jour	<input type="checkbox"/>	nuit	<input type="checkbox"/>		
êtes-vous continent sur le plan urinaire ?	oui	<input type="checkbox"/>	jour	<input type="checkbox"/>	nuit	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
êtes-vous continent sur le plan fécal ?	oui	<input type="checkbox"/>	jour	<input type="checkbox"/>	nuit	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
si non quel type de protection utilisez-vous ?								

Êtes-vous d'accord de rentrer dans notre établissement	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
	si non pourquoi	_____

VOS ATTENTES

si une question vous préoccupe et ou si vous avez des attentes pour votre future vie dans l'établissement, merci de nous communiquer ci dessous :