



Le Directeur
Centre Hospitalier de GAILLAC

Objet : dossier d'admission à constituer

M

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le dossier de demande d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E. H. P. A. D.).

Ce dossier comprend :

- Un dossier administratif,
- Un dossier médical,
- La liste des pièces à joindre, l'engagement de payer et la liste des obligés alimentaires, à fournir pour l'admission,
- La fiche tarifs.

Les diverses informations que vous devez renseigner dans ce document vont servir à mieux prendre en compte votre demande et à vous orienter vers la structure la plus adaptée à vos besoins.

Vous voudrez bien retourner :

- ↳ Le dossier administratif à compléter par vous-même ou votre famille ainsi que les pièces à joindre,
- ↳ le dossier médical à faire renseigner par votre médecin traitant ou le médecin hospitalier qui assure votre suivi.

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir les différents questionnaires, vous pouvez obtenir une aide en téléphonant au **05 63 42 50 63 (Madame TOURNIER)**

J'attire votre attention sur le fait que votre demande ne sera prise en compte qu'à la réception du dossier complet adressé à :

**EHPAD/Centre Hospitalier – Secrétariat médical de l'EHPAD
32, avenue René Cassin - BP 36
81600 GAILLAC
Télécopie : 05 63 42 50 80**

Le questionnaire médical doit être inséré dans une enveloppe adressée au médecin coordonnateur de l'EHPAD, à l'intérieur de l'enveloppe principale.

Un courrier vous confirmera l'inscription.

Vous voudrez bien prévenir le Bureau des Admissions du Centre Hospitalier au 05.63.42.50.90 ou 05 63 42 50 58 de toute modification concernant votre situation administrative.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame _____

NOM de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Lieu de naissance _____ Pays ou département _____

N° d'immatriculation _____

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) _____

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours
Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame _____

NOM de naissance _____

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Lieu de naissance _____ Pays ou département _____

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM de naissance _____

Prénom(s) _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée _____

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire
Accueil couple souhaité OUI NON
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD¹ Accueil de jour
Autre (précisez)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée _____

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)Autre personne à contacter²**Nom de naissance**

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERSComment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON **COMMENTAIRES**DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____/____/____

Date de la demande : ____/____/____

Signature de la personne concernée ou
de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

Document à faire compléter et à renvoyer

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame _____

NOM de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser) _____

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON ALLERGIES OUI NON Si oui, préciser _____

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille cm

Poids Kg

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser) _____

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Uréterostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM _____ Prénom(s) _____

ADRESSE _____

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Date ____/____/____

Signature

Cachet du Médecin

Pièces administratives pour admission en E.H.P.A.D.
--

A fournir impérativement avec le dossier d'inscription :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Justificatifs des pensions
- Copie de l'intégralité du livret de famille
- Copie lisible de la carte d'identité ou passeport, ou tout autre document officiel avec photo,
- Carte vitale - Attestation de Mutuelle
- Copie de la carte d'invalidité (si concerné)
- Attestation d'assurance responsabilité civile personnelle
- Un relevé d'identité bancaire (un original)
- Notification d'ouverture d'une mesure de protection ou jugement (si concerné)
- L'engagement de payer fait individuellement par chaque personne participant au paiement ou une preuve de la demande d'aide sociale
- Notification d'attribution de l'APA (si bénéficiaire)
- Notification d'attribution d'une aide au logement (si allocataire)
- La liste des obligés alimentaires (ci-jointe)

Pour information : une caution équivalente à 30 jours d'hébergement est demandée lors de l'entrée dans l'établissement.

Enfants, obligés alimentaires *

Nom, Prénom	Lien de parenté	Adresse postale + adresse mail	Téléphone

* l'obligation alimentaire (art 205 et suivants du Code Civil) est due entre époux, entre parents légitimes en ligne directe (parents, enfants, petits-enfants...), entre alliés en ligne directe et au premier degré (gendres et belles-filles), entre adopté et adoptant



ENGAGEMENT DE PAYER

(Article L. 6145-11 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

NOM Prénom

Adresse

.....

M'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

(1) Mme – Mlle – Mr Prénom

Lien de parenté

A compter de mon (1) / son entrée à l'EHPAD du Centre Hospitalier de GAILLAC le/...../..... ainsi que des autres frais éventuels à ma (1) / sa charge (frais divers : téléphone, téléviseur, ...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

- Des tarifs journaliers applicables à la date du/...../..... :

Tarif journalier d'hébergement	€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	€

- Des dispositions de l'article L. 6145-11 du Code de la Santé Publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par le Centre Hospitalier de GAILLAC devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance d'ALBI.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le
Signature.

(1) Si le soussigné n'est pas le malade ou le résident.



PROPOSITION DE TROUSSEAU

Pour vous aider à constituer la garde-robe de votre proche, selon ses habitudes vestimentaires, ci-dessous une liste, à titre indicatif :

Vêtements d'été

Pour les hommes :

- 4 pantalons,
- 7 Tee-shirts,
- 1 paire de nu-pieds (à scratch),
- 1 casquette ou un chapeau ,
- 5 pyjamas.

Pour les femmes :

- 4 robes d'été,
- 7 Tee-shirts,
- 4 jupes ou pantalons légers taille élastique,
- 1 paire de nu-pieds (à scratch),
- 7 paires de chaussettes,
- 1 chapeau,
- 7 culottes,
- 5 chemises de nuit ou pyjamas légers.

Vêtements d'hiver

Pour les hommes :

- 4 pulls,
- 4 pantalons ou joggings,
- 1 écharpe,
- 1 ceinture ou 1 paire de bretelles,
- 1 paire de baskets (à scratch),
- 7 paires de chaussettes,
- 1 bonnet ou un chapeau,
- 1 blouson d'hiver,
- 2 gilets,
- 7 tricotés de corps,
- 5 pyjamas chauds,
- 1 Robe de chambre.

Pour les femmes :

- 5 robes ou pantalons d'hiver,
- 1 châle ou une écharpe,
- 7 paires de collant,
- 3 jupes tailles élastique,
- 1 paire de chaussure fermée (à scratch),
- 2 gilets,
- 1 parka,
- 7 tricotés de corps,
- 2 chemises de nuit ou pyjamas chauds,
- 1 Robe de chambre.

Les produits de toilette, à renouveler tous les mois : brosse à dents – dentifrice – désinfectant pour appareils dentaires, fixodent – peigne – rasoir électrique ou jetable – mousse à raser – shampooing – gel douche – savon - déodorant –eau de cologne.

Si la blanchisserie de l'établissement entretient le linge, il est préférable d'éviter les matières délicates. Les vêtements seront remis à un soignant. Le marquage du linge peut être fait par la blanchisserie de l'établissement.

LES PRESTATIONS PAYANTES 2017

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) du Centre Hospitalier de Gaillac

• Tarifs au 01 juillet 2017

Structure	Conditions	Prix de journée hébergement 60 ans et +	+ Prix de journée dépendance		
			GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2
SAINT ANDRE	Chambre seule	54.38 €	6.38 €	10.28 €	19.48 €
	Aile D couple et double	49.72 €			
	Séjour temporaire	57,94 €			
ST JEAN Les Glycines (B1)	Chambre seule	46.55 €	6.61 €	15.43 €	26.51 €
	Chambre double et double	43.95 €			
ST JEAN Les Hortensias (B3 ét.) Les Mimosas (B2) Saint-Exupéry étages	Chambre seule	56,85 €	6.61 €	15.43 €	26.51 €
	Couple et double	54,30 €			
ST JEAN Secteur ALZHEIMER Les Hortensias (B3RDC) Saint-Exupéry RDC	Chambre seule	59,15 €	6.61 €	15.43 €	26.51 €
	Couple et double	56,45 €			
USLD Les MYOSOTIS (A1)	Chambre seule	55.00 €	8.09 €	19.58 €	30.96 €
	Chambre double et couple	52,90 €			
Structure		Prix de journée hébergement - de 60 ans			
SAINT ANDRE		67,38 €			
ST JEAN		83.37 €			
USLD		83.10 €			

Certaines aides peuvent être demandées telles allocation logement, allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement...

REPAS ACCOMPAGNANT : 9,45 €

TELEPHONE

- Ouverture de la ligne : 22,00 €
- Abonnement mensuel : 7,80 €
- Communications payables avec facturation mensuelle



VOTRE HISTOIRE NOUS INTERESSE

Nom :Prénom :

Bonjour,

Vous allez prochainement venir vivre dans l'une des résidences du centre hospitalier de Gaillac.

Ce questionnaire va permettre à l'équipe soignante de mieux vous connaître.

Il reflète le souhait d'être proche de votre personnalité et de vos goûts. Ceci pour permettre de mieux vous adapter et de favoriser le lien entre votre domicile et votre nouveau lieu de vie.

Il est important de remplir ce questionnaire vous-même ou avec l'aide de votre famille ou d'un ami.

Nous vous rappelons que ce n'est pas obligatoire et que vous êtes libres de ne pas répondre aux questions si vous le souhaitez.

Toutes les indications que vous fournirez seront strictement confidentielles et placées sous le sceau du secret professionnel.

La direction

L'équipe soignante

VIE FAMILIALE ET SOCIALE

1. Quelle est votre situation familiale ?

Marié(e)

Divorcé(e)

Célibataire

Veuf(ve)

2. D'où êtes-vous originaire ? Où avez-vous vécu ?

3. Nom du père :

Profession :

Nom de la mère :

Profession :

4. Où habitiez-vous avant votre entrer en maison de retraite ? Quelle était votre adresse ?

5. Est-ce que vous avez appris un métier ?

Oui

Non

Si oui,

A l'école

Autres

6. Avez-vous obtenu des diplômes ?

Oui

Non

Certificat d'étude primaire

BEPC

BAC

Etudes supérieures

7. Profession(s) exercée(s) :

8. Quelles sont vos occupations favorites :

9. Faisiez-vous partie d'une association ? Si Oui, laquelle ?

10. Avez-vous une religion ? Etes-vous pratiquant ? Avez-vous un souhait pour votre fin de vie ?

11. Qu'est-ce que vous n'aimez pas ? Qu'est-ce qui vous met en colère ?

12. Quel est votre entourage proche ? Entretenez-vous de « bonnes » relations avec ces personnes ?

Votre famille

Nom, prénom, lien de parenté	Adresse	Téléphone, mail,...
1. Référent :		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Votre entourage autre :

13. Y a-t-il eu des événements difficiles dans votre vie ?

Perte d'une enfant, d'un conjoint ou autre

Incendie

Déménagement

Maladie

Autres :

14. Y a-t-il eu des réussites dans votre vie ?

couple

enfants

travail

15. Viviez-vous seul(e) ou en famille avant votre entrée en maison de retraite ?

Oui

Non : avec

16. y avait-il une prise en charge à domicile ? Si oui, laquelle ?

17. Connaissez-vous quelqu'un à la maison de retraite ? résident ou soignant

18. Pourquoi êtes-vous entré(e) en maison de retraite ?

19. A la maison de retraite souhaitez-vous être appelé par votre nom ou votre prénom ?

HABITUDES DE VIE ET GOUTS ALIMENTAIRES

1. Quelles sont vos habitudes pour

le petit déjeuner

le déjeuner

le repas du soir

2. Qu'est-ce que vous aimez le plus ?

3. Qu'est-ce que vous aimez le moins ?

4. Souhaitez-vous une collation l'après-midi ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

5. Appréciez-vous une tisane le soir ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

6. Etes-vous soumis un régime particulier ?

Avez-vous des allergies alimentaires ?

LES LOISIRS

Parmi ces activités, lesquelles aimez-vous pratiquer ? (cocher les cases)

A) Activités culturelles

- Cinéma
- Théâtre
- Danse
- Exposition
- Concerts
- Lectures :

Journaux

Revue

Romans

Documentaires

Policiers

Biographies

Bandes dessinées

- Télévision

Quel programme préférez-vous ?

- Radio
- Musique

Type de musique :

Chanteurs :

- Internet
- Groupe de discussion

B) Activités artistiques

- Peinture
- Sculpture
- Photographie
- Poterie
- Art floral
- Tissage
- Ebénisterie
- Vannerie
- Musique : chant chorale
- pratique d'instrument (lequel ?)
- Peinture sur soie
- Broderie

C) Activités sportives

- Gymnastique
- Yoga
- Natation
- Football
- Rugby
- Marche à pied
- Pétanque

E) Activités manuelles

- Cuisine/pâtisserie
- Canevas
- Couture
- Tricot
- Crochet
- Peinture
- Macramé
- Bricolage
- Maquette
- Autres

D) Activités de plein air

- Jardinage
- Pêche
- Chasse
- Cueillette de champignons
- Autres :

F) Activités ludiques

- Jeux de dames
 - Echecs
 - Dominos
 - Jeux de dés
 - Jeux de cartes
- Lesquels :
- Jeux de loto
 - Mots croisés, mots fléchés
 - Autres

G) Activités sociales

- Vie associative

Types :

- Excursion de groupe
- Voyages
- Pratique religieuse

SOINS ESTHETIQUES

1. Souhaitez-vous être maquillée ? Oui Non

Si oui, comment :

2. Allez-vous chez le coiffeur ? (fréquence)

3. Allez-vous chez le pédicure ? (fréquence)

4. Allez-vous chez l'esthéticienne ? (fréquence)

DIVERS

1. Faites-vous la sieste ? Oui Non

2. Etes-vous frileux ? Oui Non

3. Quel type de vêtement portez-vous habituellement ?

Jupe

Pantalon

Pull

Sous pull

Autres

4. Etes-vous fumeur ? Oui Non

5. Avez-vous des attentes ou des souhaits par rapport à la résidence ?

6. Souhaitez-vous parler de points non évoqués dans le questionnaire ?
(événements marquants, détail personnel...)

L'équipe soignante vous remercie d'avoir pris le temps pour répondre au questionnaire et vous souhaite la bienvenue.

