



VOTRE HISTOIRE NOUS INTERESSE

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 libre 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

INTRODUCTION

Si transfert en interne, date d'entrée dans le nouveau service :

Ce questionnaire est rempli par :

Le/la résident(e) seul(e) OUI NON

Avec l'aide d'un soignant (précisez) :

Avec l'aide de la famille (précisez) :

Autre personne (précisez) :

ÉTAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Comment souhaitez-vous être appelé (surnom...)?

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Lieu de résidence avant l'entrée :

Langue maternelle :

Langue maternelle : lue écrite lue et écrite

Autre langue :

Autre langue : lue écrite lue et écrite

Situation familiale : Marié (e) Célibataire Divorcé(e) Pacsé(e)

Concubinage Veuf/veuve : depuis combien de
temps.....

Avez-vous des frères et sœurs ? Oui Non

Frère/sœur 1 (voir annexe) :

Frère/sœur 2 :

Frère/sœur 3 :

Autres frères/sœurs :

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Enfant 1 (voir annexe) :

Enfant 2 :

Enfant 3 :

Autres enfants :

HISTOIRE DE VIE

L'enfance : (éléments que vous jugez utile de nous transmettre)

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

Vos différents lieux de vie :

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

La vie d'adulte : (éléments que vous jugez utile de nous transmettre)

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

Vos différents lieux de vie :

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

La vie professionnelle :

Niveau scolaire :

Profession(s) exercé(es) :

Souhaitez-vous faire un autre métier :

Rôle dans la famille (mère au foyer, aidant auprès des enfants, des parents, des beaux parents...) :

La vie sociale :

Vous avez voyagé durant votre vie : Oui Non

Si oui, dans quels régions/pays :

Vos principaux soutiens sociaux (plusieurs réponses possibles) à votre domicile (voir annexe) :

La fréquence des visites (voir annexe) :

CONTEXTE DE L'ENTRÉE EN EHPAD

Vous venez de votre domicile : Maison Appartement

Vous venez d'une structure hospitalière :

Autre :

Avez-vous choisi d'entrer en maison de retraite ? Oui Non

Êtes-vous impliqué(e) dans cette démarche ? Oui Non

Si non, qui a émis le souhait de votre entrée :

Avez-vous été informé(e) de votre entrée ? Oui Non

Quelles sont les raisons de ce changement de lieu de vie ?

.....

Informations importantes complémentaires concernant mon contexte d'entrée :

.....

.....

HABITUDES DE VIE PARTICULIÈRES

Attachement à un meuble, des photos, objets, plantes, lieu de vie particulier :

.....

.....

Pièce de la maison où vous vous sentez le mieux :

.....

.....

Couleur préférée :

Aimez-vous les animaux ? Oui Non ; Si oui, lesquels ?

.....

Avez-vous des animaux ? Oui Non ; Si oui, lesquels (chiens, chats, leurs noms...) ?

.....

Vos moyens de transport : (voiture, vélos, motos, transports en commun, ...) :

.....

Votre spiritualité :

.....

Souhaits concernant la spiritualité :

Votre vie culturelle : Catholique Protestant Musulman Juif Athée

Autres :

Vous êtes : Praticant Non pratiquant

En fonction de votre religion, vous avez des habitudes particulières :

.....
Volontés quant à votre fin de vie :
.....

Avez-vous des directives anticipées ?
.....

D'une façon générale, vous préférez le calme : Oui Non

Le brouhaha vous rassure : Oui Non

Vous aimez être seul(e) : Oui Non

Vous aimez être entouré(e) : Oui Non

Autres informations importantes sur vos habitudes de vie :
.....
.....

HABITUDES DE VIE QUOTIDIENNES POUR LES SOINS D'HYGIÈNE

Appréhensions liées à la toilette : Oui Non ;
Si oui, lesquelles (peur de l'eau, crainte par rapport aux cheveux ...) :
.....

Vous êtes pudique : Oui Non

Pour vous, le moment de la toilette, c'est plutôt : le matin l'après-midi le soir

Si vous préférez vous faire la toilette le matin : avant le petit déjeuner ou après

Si vous préférez vous faire la toilette l'après-midi, c'est plutôt (mettre l'horaire) :

Si vous préférez vous faire la toilette le soir, c'est plutôt (mettre l'horaire) :

Votre positionnement pour la toilette, c'est : debout debout/assis(e) assis(e)/debout
 assis(e) couché(e) couché(e)/assis(e) Au lit

Vous avez besoin d'aide pour la toilette pour :

La température de l'eau : plutôt froide tiède chaude très chaude

Vous utilisez comme parfum :
.....

Brossage des dents : 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour

Présence d'un appareil dentaire : haut bas ; Gravé (numéro) :

Nettoyage tous les avec

Utilisation de colle : Oui Non

Pour vous couper les ongles, vous avez besoin d'aide ? Oui Non

Intervention de la pédicure tous les

Vous êtes plutôt coquet(te): Oui Non

Si vous êtes une femme, vous aimez vous maquiller : Oui Non

Vous vous épilez : Oui Non

Si oui, où :

Si oui, avec quoi :

Intervention d'une esthéticienne tous les

Si vous êtes un homme, vous utilisez : un rasoir électrique un rasoir mécanique

Pour votre douche, vous préférez : 1 fois par jour 1 fois par semaine

2 fois par semaine Jamais

Vous vous lavez les cheveux : à chaque douche de temps en temps jamais

Intervention du coiffeur tous les :

Autres informations sur vos soins d'hygiène :

.....

.....

HABITUDES DE VIE VESTIMENTAIRES

Vous avez plutôt : toujours froid toujours chaud

Vous aimez porter les couleurs :

Vous vous habillez plutôt : pratique apprêté(e)

Si vous êtes une femme, vous préférez des robes (voir annexe) :

Si vous êtes une femme, vous préférez des jupes (voir annexe) :

Vous portez des pantalons (voir annexe):
.....

Vous préférez des chemises : à manches courtes à manches longues

Vous préférez des chaussons (charentaise, mules, à scratch, ...) :

Vous préférez des chaussures (à lacets, à scratch, médicaux, à talons...) :

Vous portez des pulls : Oui Non

Vous portez des gilets : Oui Non

Pour dormir, vous portez :

Si vous êtes une femme, vous avez l'habitude de porter un soutien-gorge : Oui Non

Vous avez l'habitude de porter une chemise de corps : Oui Non

Si vous êtes un homme, vous avez l'habitude de porter une cravate : Oui Non

Vous avez besoin d'aide pour choisir les vêtements : Oui Non

Vous avez besoin d'aide pour vous habillez le matin : Oui Non

Vous avez besoin d'aide pour enfiler : le haut des vêtements le bas des vêtements

Vous avez besoin d'aide pour attacher : des boutons des fermetures éclair

Vous avez besoin d'aide pour : mettre les chaussettes enlever les chaussettes

Vous avez besoin d'aide pour : mettre les chaussures retirer les chaussures

Vous avez besoin d'aide pour vous déshabillez le soir : Oui Non

Vous avez besoin d'aide pour enlever : le haut des vêtements le bas des vêtements

Vous pouvez gérer votre linge sale : Oui Non

Si non, votre linge sera entretenu par : votre famille l'EHPAD

Autres informations sur mes habitudes vestimentaires :

.....

.....

HABITUDES DE VIE ALIMENTAIRES

Votre poids :

Votre taille :
.....

Votre poids est stable : Oui Non

Vos horaires habituels pour petit déjeuner :

Vos horaires habituels pour le déjeuner :

Vos horaires habituels pour le dîner :
.....

Vous avez une prescription de compléments alimentaires : Oui Non

Si oui, lesquels (marque, goûts/non goûts...) :

Pour vos repas, vous préférez : Être seul(e) Accompagné(e)

Vous avez besoin d'aide pour les repas pour (ouverture du yaourt...) :

.....

.....

Aide matérielle (voir annexe) :

Difficultés pour mâcher : Oui Non

Si vous avez un appareil dentaire, vous êtes à l'aise avec cette prothèse : Oui Non

Vous avez tendance à la quitter souvent : Oui Non

Vous avez besoin d'être stimulé(e) pour manger : Oui Non ; Si oui, comment :

.....

Vous mangez avec vos doigts : Oui Non

Vous avez une préférence pour : le sucré le salé

Vos péchés mignons :

Ce que vous aimez comme aliments :

Ce que vous n'aimez pas comme aliments :

Vous avez plutôt bon appétit : Oui Non

Vous prenez souvent : des grandes portions des petites portions

Avez-vous l'habitude de grignoter entre les repas : Oui Non ; Si oui, quoi :

.....

La texture des aliments qui vous convient : entier haché mixé semi-liquide

Votre alimentation doit être épaissie Oui Non

Vous avez une alimentation entérale : Oui Non

Vous avez un régime (voir annexe) :

.....

Vous faites des allergies alimentaires (voir annexe) :

Votre besoin d'aide pour boire :

Vous aimez boire au repas (voir annexe) :

Vous buvez : peu normalement beaucoup

Il vous arrive parfois d'avaler de travers : Oui Non

Vous avez l'habitude de boire de l'eau gélifiée : Oui Non

Vous prenez votre petit déjeuner : au lit au fauteuil

Vous aimez manger pour votre petit déjeuner (voir annexe) :

Vous aimez boire au petit déjeuner : chaud Froid

Vous aimez boire au petit déjeuner (voir annexe) :

.....

Vous sucrez : sucre normal sucre diabétique

Vous prenez (nombre de morceaux de sucre) :

Vous avez l'habitude d'une collation à 10h00 : Oui Non ; Si oui, laquelle :

.....

Vous avez l'habitude d'une collation à 16h00 : Oui Non

Au goûter, vous prenez :

Vous avez l'habitude d'une collation le soir : Oui Non ; Si oui, laquelle :

Autres informations concernant vos habitudes de vie alimentaires :

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

HABITUDES DE VIE POUR LA MOBILITÉ

Vous arrivez à bien vous tenir sur vos jambes : Oui Non

Vous êtes tombé(e) récemment : Oui Non

Vous risquez de perdre l'équilibre sans prévenir : Oui Non

Vous pouvez vous mettre en danger lors de vos déplacements : Oui Non

Vous vous déplacez avec une aide humaine, laquelle :

Vous vous déplacez avec une aide matérielle (voir annexe) :

Vous avez votre propre matériel : en achat en location

Vous portez une contention veineuse : bandes bas chaussettes collants

Vous avez besoin d'aide : pour vous lever pour vous coucher les deux

Autres informations concernant votre mobilité :

.....

.....

HABITUDES DE VIE POUR RESPIRER

Vous avez des difficultés respiratoires : Oui Non

Vous avez besoin d'aide matérielle (voir annexe) :

Vous êtes fumeur : Oui Non

Consommation de cigarettes par jour :

Vous êtes essoufflé(e) (préciser les circonstances) :

.....

.....

Autres informations concernant votre respiration :

.....

.....

HABITUDES DE VIE POUR L'ÉLIMINATION

Vous allez aux toilettes : seul (e) avec l'aide d'une personne

Vous êtes sujet à la constipation : Oui Non

Vous avez des problèmes d'élimination : urinaire fécale

Vous avez besoin d'une aide matérielle :

Vous portez des protections de jour : pull-up Change anatomique change complet

Vous portez des protections de nuit : pull-up Change anatomique change complet

Autres informations concernant mon élimination : (pistolet/bassin/fauteuil garde-robe...)

.....

.....

HABITUDES DE VIE POUR DORMIR

Il y a des horaires où vous ne souhaitez pas être dérangé, lesquels :

Vous vous couchez à :

Avant de vous endormir, vous aimez : (TV/Lecture/musique) :

Vous aimez avoir une veilleuse : Oui Non

Vous vous endormez : vite lentement

Vous dormez : peu beaucoup

Vous dormez bien la nuit : Oui Non

Pour vous endormir, vous prenez (voir annexe) :

Vous avez besoin du passage des soignants la nuit : pour vous rassurer pour vous changer

Vous vous levez la nuit : Oui Non ; fréquence des levers :

Dans quelle position, vous endormez vous le mieux :

A votre domicile, le lit était équipé de barrières : 1 2 aucune

Vous vous sentez reposé(e) au réveil : Oui Non

Vous aimez faire une sieste (voir annexe) :

Pour une durée de :

Autres informations importantes concernant votre sommeil :

.....

.....

HABITUDES DE COMMUNICATION

Vous communiquez de manière : verbale non verbale

Si non verbale, comment vous exprimez-vous :

Vous utilisez comme moyen de communication (voir annexe) :

Si vous vous sentez en danger, vous parvenez à alerter quelqu'un à l'aide (voir annexe) :

Vous avez besoin d'une aide pour vous orienter dans le temps (voir annexe) :

Vous avez besoin d'une aide pour vous orienter dans l'espace (voir annexe) :

Vous aimez discuter en particulier de (voir annexe) :

Souhaitez-vous que l'on vous présente aux autres résidents ? Oui Non

Dans un groupe de personnes, vous vous sentez :

très bien mal à l'aise très mal à l'aise vous aimez plutôt vous isoler

Vous avez des difficultés d'expression : Oui Non ; Si oui, lesquelles :

.....

Vous avez des difficultés de compréhension : Oui Non ; Si oui, lesquelles :

.....

.....

Vous avez des difficultés de mémoire : Oui Non ; si oui, lesquelles :

.....

.....

Pour vous souvenir, vous utilisez :

Les événements susceptibles d'influencer votre comportement :

.....

.....

Que diriez-vous spontanément de votre caractère, vos qualités, vos défauts à l'égard des soignants :

.....

Que diriez-vous spontanément de votre caractère, vos qualités, vos défauts à l'égard des résidents :

.....

Vous avez besoin de prothèses auditives : gauche droite les deux

Vous avez besoin de prothèses visuelles : Oui Non

Autres informations importantes concernant ma manière de communiquer :

.....

.....

HABITUDES DE VIE SOCIALE

Avez-vous des hobbies et loisirs ? Oui Non

Lesquels :

Avez-vous l'habitude de lire ? Oui Non

Votre type de lecture (romans, journaux, magazines ...) :

Avez-vous l'habitude de regarder la télévision ? Oui Non

Votre type d'émissions :

Avez-vous l'habitude d'écouter la radio ? Oui Non

Votre type de musique :

Aimez-vous chanter ? Oui Non

Quels sont vos chanteurs/chanteuses préférées :

Vous intéressez-vous à la politique ? Oui Non

Souhaitez-vous aller voter ? Oui Non

Aimeriez-vous participer à des animations ? Oui Non

Si non, pouvez-vous nous en donner les raisons :

Si oui, lesquelles (voir annexe) :

A quel moment de la journée, préférez-vous avoir ces animations :

10-12h 12-14h 14-17h

Seriez-vous intéressé(e) par des animations ou des sorties en soirée ? Oui Non

Seriez-vous intéressé(e) pour faire des sorties extérieures avec les animateurs du Centre hospitalier de Gaillac ? Oui Non

Souhaitez-vous aller visiter un lieu particulier ? Oui Non ; si oui, lequel ?

.....

Aimez-vous vous rendre utile ? Oui Non

Aimeriez-vous participer à des actes de la vie quotidienne ? Oui Non ; Si oui, lesquels :

.....

Voudriez-vous que votre famille ou vos amis puissent participer aux animations avec vous ?

Oui Non

Aimeriez-vous proposer une animation qui n'existe pas encore dans le service ?

Oui Non ; Si oui, laquelle :

Êtes-vous informé(e) du programme d'animations ? Oui Non

Votre droit à l'image : Oui Non

Souhaitez-vous nous faire part d'une remarque, des suggestions à proposer par rapport aux animations ?

.....

.....

Avez-vous un rêve que vous souhaiteriez réaliser ?

.....

Souhaitez-vous participer à la vie de l'institution au travers du Conseil de la vie sociale ?

Oui Non

Souhaitez-vous nous faire part d'une remarque, des suggestions à proposer par rapport à votre vie sociale ?

.....

.....

MERCI DE NOUS AIDER A MIEUX VOUS CONNAITRE