



## FICHE HABITUDE DE VIE

**Nom :**

**Prénom :**

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

### PERSONNALITE

Le Futur Résident :

- va chez la coiffeuse tous les .....
- va chez l'esthéticienne tous les.....
- Va chez la pédicure tous les.....
- parle plusieurs langues : .....
- pratique une religion : .....
- pratique ou a pratiqué un sport : .....
- pratique ou a pratiqué un jeu de société : .....
- a une musique préférée : .....
- a un chanteur préféré : .....
- a un hobby ou une passion :

Broderie  Bricolage  Chasse/Pêche  Cinéma  Couture   
Cuisine  Danse  Jardinage  Lecture  Musique   
Pétanque  Promenade  Théâtre ..  Tricot  TV

Autre : .....

- se lève vers : .....H.....
- prend son petit déjeuner : En chambre  En salle
- Fait la sieste : Oui  Non
- prend un goûter : Oui  Non  En chambre  En salle
- se couche vers : .....H.....
- se réveille la nuit : Oui  Non  Ne Sait Pas



## FICHE HABITUDE DE VIE

### ALIMENTATION

Le Futur Résident :

- suit un régime diététique Oui  Non  Ne Sait Pas 
  - Sans sel . . diabétique . . Autre  : .....
- a une alimentation hachée ou mixée Oui  Non  Ne Sait Pas
- ressent mal le goût des aliments Oui  Non  Ne Sait Pas
- a maigri depuis 6 mois Oui  Non  Ne Sait Pas
- a été alimenté par sonde dernièrement Oui  Non  Ne Sait Pas
- a un appareillage dentaire Oui  Non  Ne Sait Pas   
Haut  Bas

### ASSISTANCE

Le Futur Résident a besoin d'aide :

- pour se déplacer dans sa maison Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour utiliser les escaliers Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour se déplacer dans sa chambre Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour les transferts du lit au fauteuil Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour changer de position dans son lit Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour l'habillage et/ou le déshabillage Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour prendre une douche Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour la toilette au lavabo Oui  Non  Ne Sait Pas
- pour se nourrir Oui  Non  Ne Sait Pas

### MOBILITE

Le Futur Résident :

- se promène à l'extérieur Oui  Non  Ne Sait Pas
- se perd à l'extérieur Oui  Non  Ne Sait Pas
- peut utiliser les escaliers Oui  Non  Ne Sait Pas
- a chuté au moins 1 fois le mois dernier Oui  Non  Ne Sait Pas
- a chuté au moins 2 fois les 6 derniers mois Oui  Non  Ne Sait Pas
- marche tout le temps Oui  Non  Ne Sait Pas
- a des vertiges Oui  Non  Ne Sait Pas
- doit être attaché au fauteuil Oui  Non  Ne Sait Pas
- doit avoir des barrières de lit Oui  Non  Ne Sait Pas
- utilise un appareil pour se déplacer Oui  Non  Ne Sait Pas   
Canne . . Déambulateur . . Fauteuil roulant . . Autre  : .....



## FICHE HABITUDE DE VIE

### SENSORIEL

Le Futur Résident :

- a une déficience visuelle Oui  Non  Ne Sait Pas   
Lunettes . . Lentilles . . Prothèse .  . Autre  :.....
- a une déficience auditive Oui  Non  Ne Sait Pas   
Appareillée Oui  Non  Ne Sait Pas

### COMPORTEMENT

Le Futur Résident :

- oubli ce qu'il a dit ou fait 5mn avant Oui  Non  Ne Sait Pas
- a oublié son passé Oui  Non  Ne Sait Pas
- profère des menaces ou injures régulièrement Oui  Non  Ne Sait Pas
- a des comportements agressifs Oui  Non  Ne Sait Pas
- a perdu l'intérêt pour ses activités préférées Oui  Non  Ne Sait Pas
- a perdu de l'intérêt pour sa famille, ses amis Oui  Non  Ne Sait Pas
- se plaint de l'abandon de ses proches Oui  Non  Ne Sait Pas
- a des problèmes de sommeil
- pleure facilement

### ETAT GENERAL

Le Futur Résident :

- a une incontinence urinaire totale  intermittente
- a une incontinence fécale totale  intermittente
- a des escarres Oui  Non  Ne Sait Pas

**Fait à** \_\_\_\_\_ **Le** \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**Signature :**