HABITUDES ALIMENTAIRES

PETIT DEJEUNER :

Composition :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

GOÛTER :

Composition :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………

COLLATION DE NUIT :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

Compléments alimentaires : OUI / NON

QUELS SONT LES ALIMENTS QUE VOUS N’AIMEZ PAS DU TOUT ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

REGIME ALIMENTAIRE MEDICALEMENT PRESCRIT

Sans sucre Sans sel Autre………………………………………………………………………

Quelle boisson n’aimez-vous pas ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

TEXTURE DES REPAS

Texture : (ex Normal Haché Mixé lisse)………………………………………………………………………………..

ALLERGIE ou INTOLERANCE ALIMENTAIRES

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CHOIX PERSONNELS SANS LIEN AVEC DONNEES MEDICALES (sans viande, végé, vegan)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Trouble de l’appétit OUI / NON

Trouble de la déglutition OUI / NON

- usage d’épaississant OUI / NON

- usage d’eau gélifiée OUI / NON

COMPORTEMENT LORS DE LA PRISE DES REPAS

Mange seul : Oui Non

Aide partielle : Oui Non

Aide totale : Oui Non

Mange lentement : Oui Non

Mange rapidement : Oui Non

Ne reste pas à table : Oui Non

Boit seul : Oui Non

A stimuler : Oui Non

• Rayer les mentions inutiles

BOISSONS à TABLE :

Vin – Eau – Sirops – Jus de Fruits – Bière ……. Autres à préciser

…………………………….…………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………

BOISSONS EN DEHORS DES REPAS :

Eau – Sirop – Tisane – Jus de Fruits – Bière – Café – Thé – Apéritifs – Alcools

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

REMARQUES PARTICULIERES SUR L’ALIMENTATION

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

SOMMEIL ET REPOS

Horaires du lever ………………………………..

Horaires du coucher …………………………….

Sieste : OUI / NON Lit - fauteuil - Durée : …………..

Regarde la télévision avant de se coucher : OUI / NON

- au lit

- au fauteuil : Habillé - Déshabillé

COUCHE sur le DOS – COTE DROIT – COTE GAUCHE

SE LEVE SEUL : OUI / NON

SE COUCHE SEUL : OUI / NON

SOMMEIL REGULIER : OUI / NON

SE LEVE LA NUIT : OUI / NON pour quel motif : …………………….

Lit médicalisé au domicile : OUI / NON

Barrières de lit au domicile : OUI / NON

RITUEL avant le coucher (par exemple : verre d’eau sur table de nuit, mouchoir, volets

ouverts, volets fermés, veilleuse, porte ouverte, porte fermée ………)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REMARQUES PARTICULIERES SUR LE SOMMEIL

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

HYGIENE CORPORELLE ET ESTHETIQUE

Faites-vous votre toilette :

- avant le petit déjeuner

- après le petit déjeuner

- le soir avant de vous déshabiller ou de vous coucher

TOILETTE :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seul | Avec aide partielle | Avec aide totale |

DOUCHE : OUI / NON

BAINS : OUI / NON

TOILETTE AU LAVABO : OUI / NON

Shampoing : OUI / NON

Soins de Pédicurie : OUI / NON

RASAGE SEUL : OUI / NON

- rasoir électrique

- rasoir manuel

SOINS ESTHETIQUES :

- maquillage : OUI / NON Lequel ………………………………………………………………..

- manucure : OUI / NON A quel rythme …………………………………………………….

COIFFEUR : OUI / NON A quelle fréquence …………………………………………….

**ELIMINATION ET TRANSIT :**

Pouvez-vous aller aux toilettes : SEUL / AVEC AIDE

Incontinence urinaire : OUI / NON

Incontinence fécale : OUI / NON

Fuites urinaires légères à l’effort : OUI / NON

Protection de jour : OUI / NON

Si oui, quel type de protections (change complet / pants/ anamini) + taille (S/M/L/XL) :

……………………….............................................................................................................................

Protection de nuit : OUI / NON

Si oui, quel type de protections (change complet / pants/ anamini) + taille (S/M/L/XL) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**HABITUDES VESTIMENTAIRES**

L’habillage :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seul | Avec aide partielle | Avec aide totale |

Déshabillage :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seul | Avec aide partielle | Avec aide totale |

AUTRES APPAREILLAGES

Troubles de l’audition : OUI / NON

- oreille droite

- oreille gauche

Port d’un appareil auditif : OUI / NON

Gère seul son appareil auditif : OUI / NON

Troubles de la vison : OUI / NON

Préciser lesquels : …………………………………………………………………………………………

Port de lunettes OUI / NON

- toute la journée OUI / NON

- pour lire OUI / NON

Port de prothèses dentaires :OUI / NON

- Appareil fixe OUI /NON …….. à quel niveau ………………………………………..

- Appareil dentaire complet : OUI NON …….. HAUT ………..BAS.

Gère seul ses appareils dentaires : OUI NON

REMARQUES PARTICULIERES SUR L’HYGIENE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

Communication

Quelle est la langue de référence ? ...............................................................

Préférence/habitude de communication : Tutoiement Vouvoiement

Surnom

Sait s’exprimer verbalement : Oui  Non

Est-ce qu’il sait lire : Oui  Non

Est-ce qu’il sait écrire : Oui Non

Sa compréhension de phrases et consignes simples est : Totale Partielle

Comment communique-t-il ? (par exemple : répond à des questions fermées, par oui

ou par non, etc.................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

Utilise-t-il des supports/moyens auxiliaires pour communiquer ? Oui Non

Détails .............................................................................................................................

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

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

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

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

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

Comment demande-t-il de l’attention ou de l’aide ?

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

Comment exprime-t-il son refus ?

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

Accepte-t-il facilement d’être touché : Oui Non

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

A-t-il l’habitude ou le besoin de toucher (dans le contact avec l’autre) : Oui Non

REMARQUES PARTICULIERES SUR LA COMMUNICATION

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

MOBILITES ET DEPLACEMENTS

Etes-vous DROITIER GAUCHER

Déplacement :

Seul Avec aide partielle Avec aide totale Alité en permanence

Déplacement :

- avec une canne simple

- avec deux cannes simples

- avec une canne anglaise

- avec deux cannes anglaises

- un déambulateur

- avec une canne tripode

- avec fauteuil roulant

- avec fauteuil électrique

- autres : …………………………………………………………………………………..

Pouvez-vous vous lever ou vous coucher :

Seul Avec aide partielle Avec aide totale

Avez-vous déjà fait des chutes : OUI / NON

Combien de chutes durant les 6 derniers mois ………………….

Conduisez-vous toujours :

- une voiture : OUI / NON

- une mobylette : OUI / NON

- un vélo : OUI / NON

VIE SOCIALE ET CULTURELLES

ACTIVITE :: OUI NON

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………