

## Pour préserver le lien social

Nom : ..... Prénom : .....

Aide à Domicile ? .....

Matériel ? .....

Afin de veiller à votre bien être, aidez-nous à mieux vous connaître.

Dossier à faire remplir par la personne concernée, au besoin avec l'aide de la famille, ou l'entourage.

Dossier à transmettre au secrétariat de la Résidence LES AULNES.

### 1) LEVER

Quelle heure ? .....

### 2) COUCHER

Quelle heure ? .....

### 3) HYGIENE CORPORELLE, HABILLAGE

#### Faites- vous votre toilette ?

seul(e)

aide partielle

aide totale

#### Aimeriez-vous prendre :

un bain ?

une douche ?

#### Autrefois aviez-vous l'habitude de prendre :

Un bain ?

Une douche ?

#### En prenez-vous habituellement ?

oui

non

Si oui à quelle fréquence ? .....

#### Etes-vous allergique à certains produits d'hygiène ?

oui

non

Si oui lesquels ? .....

**Vous habillez- vous ?**

seul(e)

aide partielle

aide totale

Précisez.....

**Quelles sont vos habitudes vestimentaires :** (voir liste trousseau)

.....  
.....

**4) ALIMENTATION**

**Mangez- vous ?**

seul(e)

aide partielle

aide totale

**Quelles sont vos habitudes alimentaires ?**

Nombre de repas	
Régime	
Consistance (normale, haché...)	.....
Haché pourquoi ?	.....
Boissons	
Intolérances alimentaires	
Préférences alimentaires	
Allergies alimentaires éventuelles	
Si régime est-il suivi ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Fausses routes ?	.....
Quel est votre plat préféré ?	.....

**Portez- vous des prothèses dentaires ?**

supérieure

inférieure

**Comment les entretenez-vous ?**

.....

**Les portez-vous la nuit ?**

oui

non

**Quelles sont vos habitudes au petit déjeuner (horaires- composition?)**

.....  
.....

## 5) ELIMINATION

### Allez- vous aux WC ?

- seul  avec aide

### Utilisez- vous ?

- un urinal  une chaise percée  un bassin

### Sur le plan urinaire

- Avez-vous des fuites occasionnelles ?  oui  non  
Etes- vous incontinent ?  oui  non

- Vous levez-vous la nuit pour uriner ?  oui  non

Qu'utilisez-vous la nuit pour uriner ? .....

### Sur le plan fécal

- Etes-vous incontinent ?  oui  non

## 6) SOMMEIL

### Faites- vous une sieste ?

- oui  non

### Si oui, où la faites-vous ?

- Au fauteuil  
 Au lit

- Somnifère ?  oui  non

Autres, précisez : .....

- A quel moment ?  Après le repas du midi  
 Dans la journée

Autres, précisez : .....

## **7) FONCTIONS LOCOMOTRICES**

### **Allez- vous au fauteuil ?**

oui  non

### **Seul ?**

oui  non

### **Savez- vous marcher seul(e) ?**

oui  non

### **Sortez-vous à l'extérieur ?**

oui  non

### **Vous déplacez- vous avec :**

une canne ?  une canne anglaise ?  
 une aide humaine ?  Un déambulateur ?  
 un fauteuil roulant ?  autres ?

### **Montez- vous et /ou descendez- vous les escaliers seul(e) ?**

oui  non

### **Faites- vous des chutes ?**

oui  non

Si oui précisez la fréquence :

.....

**A quel moment y a-t-il des chutes ?** .....

**Pourquoi ?**.....

### **Disposez- vous personnellement :**

D'un lit électrique à hauteur variable ?  oui  non

D'un fauteuil roulant ?  oui  non

D'un déambulateur ?  oui  non

**Autres :** .....

## 8) SANTE

### A) Vision

- bonne  port de lunette  pour voir de près  
 mal voyant(e)  pour voir de loin  
 Non voyant(e)

### B) Audition

- correcte  surdité à droite  surdité à gauche

Portez-vous une prothèse auditive ?  oui  non

   droite  à gauche

Précisez .....

### C) Qu'est ce qui va bien ?

.....  
.....

### D) Qu'est ce qui est difficile ?

.....  
.....

### E) Prise des médicaments ?

Suivez-vous scrupuleusement votre traitement ?  oui  non

### F) Etes-vous aidé :

- d'une auxiliaire de vie ? Pour .....
- d'une aide-ménagère ? Pour .....
- autres (précisez) .....

## 9) LOISIRS

### La lecture :

- journaux  revues  livres

Autres précisez .....

**La musique :**

écouter

chanter

jouer

Précisez, quel genre : .....

**Télévision :**

Précisez les émissions préférées .....

**Cinéma :**

Précisez quel genre .....

**Spectacle :**

Précisez quel genre .....

<b><i>Que faisiez-vous autrefois ?</i></b>	..... ..... .....
<b><i>Que faites vous actuellement ?</i></b>	..... ..... .....

**Activités diverses**

tricot

jeux de société

jardinage

bricolage

broderie

couture

peinture

club

sorties

voyages

loto

cuisine

Autres précisez .....

Pourquoi avez-vous arrêté certains loisirs ?

**Avez-vous eu des animaux domestiques ?**

oui

non

Précisez lesquels .....

(Oiseaux et poissons sont acceptés. **Leur entretien vous incombe**)

## **10) PAROLE ET COMMUNICATION**

**Communiquez-vous facilement ?**       oui       non

**Comment vous exprimez-vous ?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> correctement           | <input type="checkbox"/> difficilement                | <input type="checkbox"/> de façon variable              |
| <input type="checkbox"/> avec des propos confus | <input type="checkbox"/> aucune communication verbale | <input type="checkbox"/> vous ne parlez pas le français |

**Précisez les autres moyens de communication éventuels :.....**

.....

**Recevez-vous des visites de :**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> votre famille ? | <input type="checkbox"/> vos amis ? | <input type="checkbox"/> autres (précisez) |
|--|-------------------------------------|--|

## **11) ETAT PSYCHIQUE**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> trouble de la mémoire | <input type="checkbox"/> inquiétude | <input type="checkbox"/> peur               |
| <input type="checkbox"/> désorientation        | <input type="checkbox"/> angoisse   | <input type="checkbox"/> fugue              |
| <input type="checkbox"/> défensivité           |                                     | <input type="checkbox"/> trouble du sommeil |

Autres, précisez ; .....

## **12) HABITATION**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> à la campagne  | <input type="checkbox"/> en ville               |
| <input type="checkbox"/> en appartement | <input type="checkbox"/> en maison individuelle |

## **13) CONVICTION RELIGIEUSE**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non            |
| <input type="checkbox"/> pratiquant | <input type="checkbox"/> non pratiquant |

**14) VIE SOCIALE**

Famille :

.....

Amis :

.....

Voisinage :

.....

Club :

.....

**15) AVEZ-VOUS DES PETITES HABITUDES, DES PETITS RITUELS  
QUE VOUS AIMERIEZ GARDER ?**

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

Fait à .....

Le .....

Signature

**A REMETTRE OU A RENVOYER  
AU SECRETARIAT DE LA  
RESIDENCE LES AULNES  
417 RUE JULES GUESDE  
59510 HEM**