

 EHPAD J. Barat Dupont SOMMEDIÈUE	FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNÉES HEBERGEMENT COMPLET / TEMPORAIRE	Date de création : 27.10.2016	
		Date de mise à jour :	
Date d'application / diffusion: 21.11.2016	Codification du document : ADM / ACC / 29	Nombre de Pages :	Version :
		5	1

Madame, Monsieur,

La personne accueillie est actrice de son projet de vie et de soin.

Nous avons donc besoin de vous connaître dès votre arrivée pour vous apporter la plus grande satisfaction au sein de notre établissement.

C'est pourquoi, nous vous demandons de remplir le formulaire de recueil de données le plus précisément possible. Il nous permettra d'avoir des indications très utiles sur votre histoire et vos habitudes de vie.

Bien sûr, ce document est strictement confidentiel. Il intégrera votre dossier de soin et en sera un élément central de votre Projet de vie Personnalisé au sein de l'EHPAD.

Nous sommes à votre disposition pour toute question pour remplir ce document

La Direction.

ETAT CIVIL

Mon nom : Nom de naissance :
Mon prénom : Ma date de naissance : / /
Mon lieu de naissance :

SITUATION FAMILIALE

Je suis : Marié(e) Veuf / Veuve
 Célibataire Divorcé(e)
 Pacsé(e)

Nombres d'enfants :

Dont, décédé(s) :

Les noms des personnes qui viendront me visiter :

.....
.....

HISTOIRE DE VIE

Les langues parlées : Anglais Espagnol Allemand
 Arabe Autres

Ma dernière profession exercée :

J'apprécie la compagnie : Oui Non

Je suis propriétaire : Oui Non

Si oui : Maison Terrain

CONTEXTE DE MON ENTREE

Je viens de : Mon domicile
 D'un séjour à l'hôpital :
 Autre :

Je suis impliqué(e) dans cette nouvelle étape de ma vie ? Oui Non

Suis-je consentant(e) pour rentrer dans l'établissement ? Oui Non

Mes souhaits et attentes au cours de mon séjour :

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

Informations complémentaires :

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

CROYANCES

Je suis : Catholique Protestant Musulman Bouddhiste
 Témoin de Jéhovah Hindouiste Juif Autres

En fonction de mes croyances j'ai des habitudes particulières :

.....
.....

Je souhaite participer à l'office religieux catholique qui se tient toutes les semaines à l'EHPAD ?

Oui Non

HEBERGEMENT

Qui aménagera ma chambre ?

Qui s'occupera de mes animaux ?

Informations complémentaires : (meubles personnels amenés du domicile ...)

.....
.....

DEPLACEMENTS

J'arrive à me tenir sur mes jambes : Oui Non

Je risque de partir sans prévenir : Oui Non

Je me déplace seul(e) : Oui Non

Avec une aide matérielle : Oui Non

Si oui, laquelle : Avec une canne En fauteuil roulant
 Déambulateur Autres :

J'ai mon propre matériel : Oui Non

Si oui lequel :

LEVER / COUCHER

Je me lève à : h

Je me couche à : h

J'ai besoin d'aide pour me lever ou me coucher : Oui Non

Je souhaite faire la sieste : Oui Non

Je me lève pendant la nuit : Oui Non

Je dors avec une veilleuse : Oui Non

Je dors : Beaucoup Peu

HYGIENE CORPORELLE

Je suis pudique : Oui Non

Soins dispensés par : Un homme Une femme Indifférent

Je fais ma toilette : Avant le petit déjeuner Après le petit déjeuner

Je fais ma toilette : Seul(e) Avec aide

Type de toilette complète : Bain Douche Lavabo

Lit Autres :

J'aime me parfumer : Oui Non
Je me maquille (pour les femmes) : Oui Non
Je me rase (pour les hommes) : Rasoir électrique Rasoir manuel
Je gère le brossage de mes dents seul(e) : Oui Non

Informations complémentaires :

.....
.....

STYLE VESTIMENTAIRE

Je suis frileux : Oui Non
Mes vêtements préférés sont :

.....
.....

J'ai besoin d'une aide pour m'habiller : Oui Non

Informations complémentaires :

.....
.....

ALIMENTATION

Mon poids : kg Ma taille : m

Mes horaires habituels de repas : Le petit déjeuner : h
Le déjeuner : h
Le goûter : h
Le dîner : h

Je suis autonome pour m'alimenter : Oui Non
J'ai besoin d'une aide matérielle (verre bec verseur): Oui Non
Eau gélifiée : Oui Non
Eau pétillante : Oui Non
Alcool autorisé : Oui Non
S'hydrate bien : Oui Non
Je bois seul(e) : Oui Non
Je mange plutôt : Sucré Salé

Ce que j'aime manger :

.....
.....

Ce que je n'aime pas manger :

.....
.....

Ma texture : Entier Mixé Haché Semi liquide
J'ai suivi un régime : Diabétique Sans sel Sans résidu Sans fibre
 Hypocalorique Sans potassium Hyper protéiné

Je fais des allergies : Oui Non

Si oui, laquelle :

Mon petit déjeuner : Biscotte Pain Pain de mie Gâteaux

Beurre Yaourt Confiture Compote

Autre :

Le matin, je bois : Lait Café Thé Jus d'orange Autre :

Informations complémentaires :

.....

.....

ELIMINATION

Je vais aux toilettes : Seul(e) Avec l'aide d'une tierce personnel pour les transferts

J'ai besoin d'une aide matérielle : Urinaire Fécale

J'utilise une protection : Le jour La nuit

Informations complémentaires :

.....

.....

CENTRES D'INTERETS

Ma passion :

J'aime : Lire Regarder la télévision L'informatique La danse

Les jeux vidéo Le chant Le théâtre Les jeux de société

Jeux de cartes Autres :

Informations complémentaires :

.....

.....

D'autres informations à fournir :

.....


.....

.....

Recueil complété par :

Le : / /

Signature :

REDACTION		VALIDATION		APPROBATION	
Date	31.09.2016	Date	21.11.2016	Date	21.11.2016
Fonction	Agent administratif	Fonction	Conseil d'Administration	Fonction	Président du Conseil d'Administration
Nom	MAZURIER Océane	Nom		Nom	MARSAUX Arnaud
Signature		Signature		Signature	