


EHPAD J. Barat Dupont  SOMMEDIÈUE	<b>FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNEES ACCUEIL DE JOUR</b>	Date de création : 27.10.2016	
		Date de mise à jour :	
Date d'application / diffusion: 21.11.2016	Codification du document : ADM / ACC / 38	Nombre de Pages :	Version :
		4	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

## 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 : .....

## 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 :  
.....  
.....

### 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	