



# RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

Réf : 120. D. RHV AB

Page 1 sur 11

## PRESENTATION

NOM ..... NOM DE JEUNE FILLE .....

Prénom ..... Prénom usuel .....

Date de naissance ..... Entrée le : .....

Lieu de Naissance.....

Si pays étranger. Lequel : ..... Date arrivée en France : .....

Langues parlées .....

Adresse du domicile :

.....  
.....

Téléphone.....

Portable .....

Situation familiale :

Célibataire	Marié(e)	Veuf (ve) Date :	Divorcé(e)	Séparé(e)	Pacsé(e)	Concubinage
-------------	----------	---------------------	------------	-----------	----------	-------------

Ancien(s) métier(s) pratiqué(s) :

.....

Provenance :

Domicile	Etablissements de santé (court séjour, SSR, USLD...)	Autre EHPAD	Autre établissement médico-social (ESAT, FAM...)
----------	---	-------------	--

Le résident est-il informé de son admission en EHPAD ? :

OUI	NON
-----	-----

Est-il d'accord sur son admission en EHPAD ?

OUI	NON	Ne peut pas l'exprimer
-----	-----	------------------------



# RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

Réf : 120. D. RHV AB

Page 2 sur 11

MOTIF DE L'ADMISSION :

.....  
.....

PROTECTION JURIDIQUE :

Aucune	Curatelle	Tutelle	Sauvegarde justice
--------	-----------	---------	--------------------

Identité du tuteur, adresse et n° de téléphone :

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

Nombre d'enfants : .....

NOM	Prénom	Date naiss.	Téléphone	E-mail	DCD date	Autre(s)

Nombre de petits-enfants : .....

Avez-vous des frères et sœurs ? Combien ?.....

Quel est votre niveau d'étude ? Diplôme ?

.....  
.....

Avez-vous des animaux domestiques ? OUI / NON

Lesquels ?

.....  
.....

Quelle est votre religion ? .....

Pratiquant régulier	Pratiquant occasionnel	Non pratiquant
---------------------	------------------------	----------------

Etes –vous fumeur ? OUI / NON

Nombre de cigarettes par jour .....



# RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

Réf : 120. D. RHV AB

Page 3 sur 11

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : .....

Préférence hospitalière : .....

Choix de l'ambulance : .....

ANTECEDENTS	
<u>-MEDICAUX :</u>	<u>- CHIRURGICAUX :</u>
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

**JOINDRE PHOTOCOPIE DE LA DERNIERE ORDONNANCE EN COURS DE VALIDITE**

**Pace maker :**       **Oui**                       **Non**

**ALLERGIE :** .....

Info (s) diverse (s) : .....

Souhait de la famille d'être prévenu la nuit : - pour hospitalisation : oui  non   
- Pour décès : oui  non

Personne à prévenir par ordre de priorité :  
- .....  
- .....

Directives anticipées :       **Oui**                       **Non**

Contrat obsèques :       **Oui**                       **Non**

Consigne en cas de décès :  
.....  
.....  
.....  
.....



**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

Normal	Haché	Mixé lisse
--------	-------	------------

ALLERGIE ou INTOLERANCE ALIMENTAIRES

.....  
.....



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 .....)

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



**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

Shampooing : 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'habillement :

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 vision : 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





**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
Télévision			
Cinéma			
Ecoute musicale			
Lecture (livre, roman, magazine) lequel ?			
Jeux de société			
Jeux de cartes			
Ordinateur			
Chorale, chant			
Activités cognitives (mémoire ...)			
Jardinage			
Peinture, dessin			
Activités manuelles (confections d'objets, collage, ...)			
Cuisine			
Collectionneur			
Pêche			
Pétanque			
Aller au marché			



# RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

Réf : 120. D. RHV AB

Page 11 sur 11

Gymnastique			
Marche ou randonnée			
Voyages organisés			
Soins esthétiques			

- Utilisez la colonne de droite (*observations particulières*), afin de donner des renseignements permettant de mieux connaître vos goûts (ex : quel type de film pour le cinéma ; quel type de musique, artistes, etc...).
- AUTRES ACTIVITES PRATIQUEES :

.....  
 .....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS** susceptibles de compléter ce questionnaire d'habitudes de vie et qu'il serait important de connaître avant votre entrée en EHPAD :

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

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Fait à ....., le.....

Questionnaire complété par :

**Le futur résident**  
 OUI / NON

**La famille /le tuteur**  
 Nom Prénom

**Autre intervenant**  
 Nom Prénom

Signature

Signature

Signature