

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE TOUT UNE VIE</b>			EQ 1106 / 01 28/10/2015 PAGE 1 / 5
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MISE A JOUR	
G.Lambolez	A. Petit	E. Dietsch	21/06/16		

### Informations personnelles

**NOM, prénom:**

Nom de jeune fille :

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_      Lieu de naissance :

**Situation familiale :**

Marié(e)  conjoint résidant à :

Veuf (ve)  date : \_\_/\_\_/\_\_ :\_\_      Divorcé(e)  Autre

**Date d'entrée :** \_\_/\_\_/\_\_

**Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :**

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

Email :

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

Email :

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

Email :

**Médecin traitant :**

☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Curatelle/tutelle :**

Représentant :

: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Référent familial :

: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Personne de confiance :

: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Motifs d'entrée :**

**Qui a pris la décision de votre entrée en maison de retraite ? Si ce n'est pas vous, étiez-vous d'accord avec cette décision? Pourquoi ?**

**Comment s'est effectué votre choix pour cette maison de retraite ?**

**Informations complémentaires :**

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE TOUT UNE VIE</b>			EQ 1106 / 01 28/10/2015 PAGE 2 / 5
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MISE A JOUR	
G.Lambolez	A. Petit	E. Dietsch	21/06/16		

### Habitudes de vie

<b>Le repas</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Couper la viande <input type="checkbox"/> Aide alimentaire <b>Diabétique :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Régime alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Haché <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Eau plate <input type="checkbox"/> Eau gazeuse <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Pain normal <input type="checkbox"/> Pain de mie
<b>Petit déjeuner</b>	<input type="checkbox"/> Café noir <input type="checkbox"/> Café au lait <input type="checkbox"/> Chocolat au lait <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Lait nature <input type="checkbox"/> Pain normal <input type="checkbox"/> Pain de mie <input type="checkbox"/> Biscottes <input type="checkbox"/> Reims <input type="checkbox"/> Confiture <input type="checkbox"/> Beurre
<b>Déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide humaine <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
<b>Transfert</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide humaine
<b>Toilette</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <b>Préférence :</b> <input type="checkbox"/> Avant le petit déjeuner <input type="checkbox"/> Après le petit déjeuner <b>Aimez-vous la douche ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Aimez-vous le bain ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Habillage</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Sommeil</b>	<input type="checkbox"/> Dort bien <input type="checkbox"/> Angoisses <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Déambulation <b>Traitement pour la nuit:</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Fait la sieste :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Protection</b>	<b>Journée :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Nuit :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Quelles « petites » habitudes importantes avez-vous ? (*rituels, ce qui est essentiel...*)

#### ALLERGIE(S) :

**Habitat :**  Chez lui (*elle*)                       Chez ses enfants  
 appartement                       maison    foyer logement  
 En ville                       A la campagne

**Profession ou activité exercée :**

**Pratique religieuse :**

**Gère son argent :**  Oui  Non si non, qui gère ?

**Perte auditive :**  Oui  Non                      **Appareil auditif :**  G  D

**Lunettes :**  Oui  Non                      **Prothèses dentaires :**  Haut  Bas  
**Entretenues par :**

**Tabac**  Oui  Non                      précisions :

**Alcool**  Oui  Non                      précisions :

#### Préférences Alimentaires

#### Aversions Alimentaires

**Boissons préférées :**

**Activités domestiques encore pratiquées (*lit, repas...*) :**

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE TOUT UNE VIE</b>			EQ 1106 / 01 28/10/2015 PAGE 3 / 5
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MISE A JOUR	
G.Lambolez	A. Petit	E. Dietsch	21/06/16		

### **Parents :**

Père :	Mère :
Métier :	Métier :
† :	† :

### **Fratrerie :**

Nom : † :	Nom † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :

### **Conjoint :**

Nom :	Métier :
Prénom :	Date de mariage :
† :	

A vécu à :
------------

### **Enfants :**

Nom : † :	Nom † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :

### **Petits enfants :**

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

**Faits principaux ayant marqués l'histoire de vie :** grandes joies et peines, accidents, maladies, séparations, déménagements.... Ce dont vous êtes fier :

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE TOUT UNE VIE</b>			EQ 1106 / 01 28/10/2015 PAGE 4 / 5
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MISE A JOUR	
G.Lambolez	A. Petit	E. Dietsch	21/06/16		

### Attentes et objectifs

Quelles sont vos attentes, vos désirs concernant votre entrée en maison de retraite ?

### Activités et loisirs

**Avez-vous un hobby, une passion ?** (*jouer d'un instrument de musique, collection, cartes...*)  Oui  Non  
Si oui, le(s)quel(s) ?

Où avez-vous été scolarisé ? Jusqu'à quel âge ?

Quels diplômes avez-vous ?

**Avez-vous le permis de conduire ?**  Oui  Non  
Conduisez-vous encore ?  Oui  Non  
Pourquoi ?

**Aviez-vous un animal de compagnie ?**  Oui  Non  
Si oui, le(s)quel(s) :

**Etiez-vous inscrit dans des associations pendant votre vie active ?**  
Si oui, de quel(s) type(s) d'association(s) (culture, club de loisirs, sport...) ?


**Partiez-vous en vacances ?**  Oui  Non  
Si oui, où ?

Si non, pourquoi ?

**Voici une liste d'activités. Quelles sont celles où vous seriez susceptible de participer ? Ou qui susciteraient votre intérêt ?**

Musique	Chant	Télévision	Mots croisés	Radio	Théâtre
Esthétique	Lecture	Cinéma	Jeux de société	Opéra	Danse
Gymnastique	Musée	Concert	Jeu de dames	Cuisine	Bricolage
Exposition	Echecs	Puzzle	Jeu de cartes	Loto	Jardinage
Informatique	Poterie	Sudoku	Tricot/couture	Vélo	Natation

Autre :

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE TOUT UNE VIE</b>			EQ 1106 / 01 28/10/2015 PAGE 5 / 5
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MISE A JOUR	
G.Lambolez	A. Petit	E. Dietsch	21/06/16		

### Souhaits particuliers concernant la fin de vie

**Avez-vous des souhaits particuliers concernant la fin de vie ou la mort ?**

**Avez-vous émis des directives anticipées ?**

**Avez-vous des informations à nous donner pour vous accompagner au mieux ?**

Contrats d'obsèques :  
 Vêtements choisis et lieu de rangement :  
 Aumônier ou autre :  
 Funérarium :  
 Crémation :  
 Don d'organes :  
 Don du corps à la science :

**Personnes à prévenir en cas de décès :**

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

**NOM, Prénom :**

Jour/Nuit ☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté :

**Autres :**