HABITUDES ET HISTOIRE DE VIE

(à remplir par la famille)

NOM Prénom : _____ **Date de naissance** : / /

Situation de famille : _____

Enfant (s) : oui non Nbre : _____
Petits Enfants : oui non Nbre : _____

Histoire de vie : Profession, activité, lieu de vie
.....
.....
.....
.....

Habitudes de vie (entourer les bonnes réponses)

1- RESPIRER

Fume oui non
Besoin de vivre à l'extérieur oui non

2- BOIRE ET MANGER

- goûts - aime : Horaires repas :
  - n'aime pas :
- repas le plus important :
- texture du repas : mixé mouliné hâché normal
- boisson habituelle : .....
- mange : seule avec aide : partielle ou totale

3- ELIMINER

- urines : - continente oui non
  - protection oui non jour nuit
- selles : - transit régulier oui non
  - continence oui non

4- SE MOUVOIR

- seule sans aide
- seule avec : canne fauteuil déambulateur
- avec aide

5- DORMIR

- heure - du lever :
  - du coucher :

- sieste oui non
- qualité du sommeil Bon Moyen Mauvais

6- BESOIN DE VETIR ET DE SE DEVETIR

- Habillage : seule
  Avec aide partielle
  Totale

7- TOILETTE - BESOIN D'ETRE PROPRE

- seule
- avec aide partielle
  totale

- douche ou bain aide au shampooing

• coiffeur : .....
• hygiène dentaire : .....

8- RISQUE DE CHUTES oui non

- chutes antérieures oui non

9- COMPORTEMENT

• solitaire • aime la compagnie • utilise le téléphone
• lit • écrit
.....

10- FONCTIONS SENSORIELLES

Vision Bonne Mauvaise Appareillée
Audition Bonne Mauvaise Appareillée
Langage S'exprime facilement oui non

11- LOISIRS

• lecture télévision radio
• jeux de société
• activités manuelles
• autres : .....

12- PARTICULARITES

• prothèse • colostomie
• sonde • pace – maker