



Association Saint Christophe
Maison Saint Christophe (EHPAD)
WALSCHHEID

NOM :

PRENOM :

RECUEIL DE VOS HABITUDES DE VIE

Ce document est à remplir par le futur résident, avec l'aide ou non d'un proche avant le jour d'arrivée dans notre établissement ou avec l'aide de la personne qui l'accueille le jour de son entrée.

Nous vous demandons de bien vouloir consigner ci-après les éléments des habitudes et des goûts qui jalonnent votre journée, ceci afin de préserver au mieux vos habitudes de vie dans votre nouveau domicile.

Autour du sommeil et du repos

- A quelle heure aimez-vous vous lever ?
- Faites-vous la sieste après le déjeuner ? oui non
- ◆ Dans votre lit ? oui non
 - ◆ Dans votre fauteuil ? oui non
- Avez-vous besoin de barrières au lit oui non
- Si oui combien ?
- A quelle heure souhaitez-vous vous coucher le soir ?
- Comment aimez-vous être installé pour dormir ?
- ❖ Avec combien d'oreillers ?
 - ❖ Avec combien de couvertures ?
 - ❖ Avec les pieds légèrement surélevés ? oui non
 - ❖ Avec la lumière allumée ? oui non

Autour des repas

- Que prenez-vous au petit-déjeuner :
- ❖ Café noir : oui non
 - ❖ Café au lait : oui non
 - ❖ Thé : oui non
 - ❖ Lait : oui non
 - ❖ Chocolat : oui non
 - ❖ Pain : oui non
 - ❖ Pain aux céréales : oui non
 - ❖ Pain de mie : oui non
 - ❖ Pain grillé oui non
 - ❖ Biscottes : oui non
 - ❖ Pain trempé : oui non
 - ❖ Beurre : oui non
 - ❖ Confiture ou miel : oui non
 - ❖ Fromage : oui non
 - ❖ Autres :
- Avez-vous un régime particulier ? oui non

Si oui lequel :

- Prenez-vous plus de 5 médicaments par jour ? oui non
- Avez-vous des douleurs ? oui non
- Si oui, à quel endroit :

Autour de la toilette et du plaisir de plaire

- Actuellement, prenez-vous :
- ❖ Des douches ? oui non
 - ❖ Des bains ? oui non
 - ❖ Faites-vous votre toilette au lavabo ? oui non
- Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ?
- ❖ Du haut oui non
 - ❖ Du bas oui non
- Souhaitez-vous ?
- ❖ Un Bain oui non
 - ❖ Une douche oui non
 - ❖ Les deux oui non
- A quel rythme ?
- Portez-vous un dentier ? oui non
- Si oui : supérieur inférieur les deux
- Avez-vous besoin d'aide pour vous brosser les dents ? oui non
- Avez-vous besoin d'aide pour vous raser ? oui non
- Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?
- ❖ Le haut : oui non
 - ❖ Le bas : oui non
- Vos habitudes vestimentaires, c'est plutôt :
- ❖ La robe oui non
 - ❖ La jupe oui non
 - ❖ Le pantalon oui non
 - ❖ La tenue de sport oui non
 - ❖ Des collants oui non
 - ❖ Des bas oui non
 - ❖ Des chaussettes oui non

➤ Et pour la coiffure, vous aimez :

.....

.....

- Aimez-vous les bijoux ? oui non
- Aimez-vous être maquillée ? oui non
- Aimez-vous être parfumée ? oui non

Parlons d'élimination

- Avez-vous besoin d'aller aux toilettes souvent ? oui non
- Avez-vous besoin d'aide quand vous êtes aux toilettes ? oui non

- Avez-vous besoin de protections d'incontinence ? oui non
 - ❖ La nuit oui non
 - ❖ Le jour oui non
- Avez-vous l'habitude de vous lever la nuit pour aller aux toilettes ? oui non
 - Si oui combien de fois :

Comment se déplacer ?

- Prenez-vous l'ascenseur ? oui non

- Pour prendre l'ascenseur, souhaitez-vous :
 - ❖ Etre aidé pour ouvrir les portes ? oui non
 - ❖ Etre accompagné ? oui non
 - ❖ Avez-vous peur dans un ascenseur ? oui non

- Vous déplacez-vous :
 - ❖ En fauteuil roulant oui non
 - ❖ Avec un déambulateur oui non
 - ❖ Avec une canne oui non
 - ❖ Sans aucune aide oui non

- Quand vous marchez seul(e), avez-vous :
 - ❖ La crainte de tomber ? oui non
 - ❖ Tombez-vous souvent ? oui non

Et la communication ?

- Aimez-vous la compagnie ? oui non

- Aimez-vous les rencontres ? oui non

- Aimez-vous discuter ? oui non

- Avez-vous un appareil auditif ? oui non
 - Si oui : oreille droite oreille gauche les deux

- Aimez-vous écrire ? oui non

