



**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



