EHPAD

"Bodin Grandmaison"

FAYE L'ABBESSE

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment pris la décision de venir vivre à Faye L'Abbesse au sein de l'EHPAD Bodin Grandmaison. Cette décision n'a probablement pas été facile à prendre parce qu'il peut être difficile de quitter sa maison, son environnement géographique, affectif, social …qui ont au fil du temps construit votre histoire.

Chaque membre de l'équipe a à cœur de vous aider à trouver de nouveaux repères et à vous adapter à votre nouveau lieu de vie dans la continuité de vos habitudes et de cette histoire qui est la vôtre. Pour cela, nous souhaitons apprendre à vous connaître.

Nous vous invitons à remplir ce document et à nous le retourner au moins une semaine avant votre arrivée.
Il s'emploie à recenser quelques éléments de votre histoire de vie, vos habitudes ainsi que vos souhaits.

Avec cette volonté de « mieux vous connaître pour mieux vous accueillir », ce document pourra nous aider à vous accompagner dans la construction de votre projet personnalisé en tenant compte de ce que vous aurez exprimé et des possibilités offertes par l'établissement.

N'hésitez pas à solliciter votre famille, ami(e)s ou proches si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce document (ceux-ci prendront alors soin de recueillir avant tout VOTRE propre point de vue).

L'équipe soignante s'appuiera sur celui-ci pour échanger avec vous.

Nous vous remercions d'avance et nous seront ravis de vous accueillir lors de votre arrivée au sein de l'EHPAD Bodin Grandmaison.

Date de Naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Votre identité et votre histoire

Vous êtes : marié (e) ☐ veuf (ve) ☐ célibataire ☐ divorcé (e) ☐ Autres ☐

Nom et prénom de votre conjoint(e) : .....

Ou vit votre conjoint(e) : .....

Age de votre conjoint(e) : .....

Métier de votre conjoint(e) : .....

Avez-vous des enfants ? **Oui** ☐ **Non** ☐ Combien ? .....

Prénoms : .....

.....

Quels métiers avez-vous exercés ? .....

.....

Quel est votre niveau d'études ? .....

.....

.....

Quelles sont les dates ou évènements importants dans votre vie ? .....

.....

.....

.....

Comment s'appelait vos parents ?

Père : Nom : .....Prénom.....

Métiers : .....

Mère : .....Prénom .....

Métiers : .....

Avez-vous des fères et/ou soeurs ? **Oui** ☐ **Non** ☐ Combien ? .....

Quelle est votre place dans la fratrie ? .....

Vos lieux de vie

Ou avez-vous vécu ? (déménagement ? autres…).....

.....

.....

Comment décririez-vous votre logement précédent ? (intérieur, extérieur) .....

.....

.....

Avez-vous des attentes concernant votre futur lieu de vie au sein de l'EHPAD Bodin Grandmaison (branchement internet, cable…) ou toutes autres attentes ?.....

.....

.....

Vos centres d'intérêts et loisirs

Quels loisirs appréciez-vous particulièrement ? cocher dans la liste

Activités et sorties culturelles :

Bibliothèque ☐ mediathèque ☐ théatre ☐ cinéma ☐ conférences musées

Fêtes locales ☐ lecture journaux ☐ revues ☐

Télévision ☐ Quels programme appréciez-vous , ...
.....
☐ autre .....

Activités artistiques :

Cinéma ☐ Danse ☐ théatre ☐ photographie ☐ art numérique ☐ littérature ☐ peinture ☐ chansons françaises ☐ musique classique ☐ ou autres ☐ dessin ☐ chorale ☐ poésie ☐ autres .....

Développement des connaissances par le biais associatif ou télévision, internet :

Geographie ☐ histoire ☐ littérature ☐ orthographe ☐ mathématiques ☐ langues etrangères ☐ cuisine ☐ informatique ☐ autre .....

Actvités physiques :

Gymnastique ☐ vélo ☐ marche à pied ☐ pétanque ☐ natation ☐ autre .....

Activités de plein air :

Pêche ☐ chasse ☐ jardinage ☐ autre .....

Activités manuelles :

Cuisine☐ taches ménagères ☐ broderie ☐ couture ☐ tricot ☐ crochet ☐ menuiserie ☐ bricolage ☐ décoration interieure ☐ autre .....

Activités ludiques :

Jeux de dames ☐ jeux d'echec ☐ jeux de dominos ☐ jeux de petits chevaux ☐ jeux de dés ☐ belote ☐ tarot ☐ loto ☐ scrabble ☐ mots croisés ☐ mots mélés ☐

Activités et sorties sociales :

Vie associative ☐ club du 3ème âge ☐ rencontres intergénérationnelles avec des enfants ☐ excursions/voyages ☐ café/paroles ☐ le marché ☐ shopping, magasins ☐ visites personnelles (familles/amis…) ☐ promenades organisées ☐ autre.....

Animaux :

Aviez vous un animal de compagnie ?

Oiseaux ☐ chien ☐ chat ☐ poissons ☐ autre .....

Quels loisirs pratiquez-vous régulièrement? .....

Préferez vous pratiquer les activités seul(e) ☐ en groupe ☐ ?

Quels attentes avez-vous en matière d'activités et de loisirs? .....

.....

Vos pratiques religieuses

Avez-vous des habitudes, des souhaits en matières de pratiques religieuses ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel culte pratiquez-vous ? .....

.....

Préférez-vous pratiquer ? seul ☐ en groupe ☐

Vos relations aux autres

Comment vous sentez-vous dans un groupe de personne ? Très bien ☐ Bien ☐ Mal ☐ Très mal ☐

Arrivez-vous à vous exprimer facilement en groupe ?: Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des problèmes ..... de vues Oui ☐ Non ☐.....D'audition Oui ☐ Non ☐

Portez-vous : ..... Des lunettes Oui ☐ Non ☐.....Un appareil auditif Oui ☐ Non ☐
.....Oreille Droite Oui ☐ Non ☐.....
.....Oreille Gauche Oui ☐ Non ☐.....

Avez-vous un médecin ORL ou ophtalmologiste qui vous suit Oui ☐ Non ☐:

Nom du médecin en charge du suivi: .....

Connaissez vous des personnes qui résident au sein de l'EHPAD Bodin Grandmaison ? Oui ☐ Non ☐

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous indiquer le nom de vos connaissances : .....

.....

.....

A votre domicile, utilisez-vous le téléphone ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Gérez vous votre courrier vous-mêmes ☐ ou préferez vous qu'il soit remis à la personne de votre choix ☐

Avez-vous des demandes ou des interrogations concernant la communication et la relation aux autres auxquelles nous pourrions répondre à votre arrivée? .....

.....

.....

- Si oui à quelle fréquence ? .....

Vos déplacements

Actuellement utilisez vous :

○ Canne (s) ○ Déambulateur ○ Fauteuil roulant ○ autre(s) .....

Ou l'aide d'une personne pour vous tenir le bras ○ .....

Quels déplacements réalisez-vous aujourd'hui à domcile ?

- *Déplacements intérieurs uniquement*..... **Oui** ☐ **Non** ☐

  Non Pourquoi ? .....

- *Déplacements intérieurs et extérieurs* ..... **Oui** ☐ **Non** ☐

  Non Pourquoi ? .....

Avez-vous déjà chuté ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Cause(s)/Cireconstance(s) de cette (ces) chute (s) : .....

.....

.....

Avez-vous des attentes concernant vos déplacements :

.....

.....

.....

.....

Votre sommeil

A quelle heure vous couchez-vous ? .....

Avez-vous des rituels le soir ?

Tisane ☐ Lecture ☐ Télévision ☐ Lumière☐ Mouchoirs ☐ Médicaments ☐

A quelle heure vous levez-vous ? .....

✎ Qualité de votre votre sommeil

Vous endormez-vous plutôt vite ☐ lentement ☐ ? - Dormez-vous bien la nuit ? **Oui ☐ Non ☐**

Vous réveillez-vous en cours de nuit? **Oui ☐ Non ☐**

Pour quelle(s) raison(s) : .....

.....

Vous levez-vous la nuit ? **Oui ☐ Non ☐**

Si oui pour quelles raisons ?

☐Aller aux Toilettes .....☐Grignoter

☐Lire lorsque je n'arrive pas à dormir ..... ☐ Regarder la télévision

☐Autre, Préciser : .....

Faîtes vous une sieste ? **Oui ☐ Non ☐** Combien de temps ? .....

Avez-vous tendance à être anxieux (se)ouhaitez-vous le passage systématique des agents de nuit ? **Oui ☐ Non ☐**

Vos repas et vos goûts alimentaires

Pourriez -vous décrire succinctement la composition de vos repas à domicile

➲ Petit déjeuner .....
.....
.....

➲ Déjeuner .....
.....
.....

➲ Goûter .....
.....
.....

➲ Diner .....
.....
.....

vous avez plutôt un petit appétit ☐ , un appétit modéré ☐ , un bon appétit ☐ ?

Avez-vous des intolérances ou allergies alimentaires? .....
.....
.....

Avez-vous un ou des régimes particuliers prescrits par votre médecin ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Lesquels ?.....

.....

.....

.....

Actuellement, mangez-vous des aliments qui ont une texture :

○ Normale ○ Hachée ○ Mixée ○ Picorée ○

Portez vous un appareil dentaire :.....En Haut Oui ☐ Non ☐

.....En Bas Oui ☐ Non ☐

Etes vous suivi par un dentiste Oui ☐ Non ☐:

Nom du dentiste en charge du suivi: .....

Hygiène et autonomie

Etes-vous plutôt coquet (-te) ? Oui ☐ Non ☐

Appréciez-vous : .....le parfum : Oui ☐ Non ☐ ..... Le maquilage Oui ☐ Non ☐

..... Les soins esthétiques (épilation etc…) Oui ☐ Non ☐.....D'aller chez le coiffeur Oui ☐ Non ☐

.....Soins des mains Oui ☐ Non ☐..... Soins des pieds Oui ☐ Non ☐

TENUE VESTIMENTAIRE

Avez-vous besoin d'aide pour l'habillage :

Pull chemise / chemisier..... Oui ☐ Non ☐

Ceinture Pantalon / jupe..... Oui ☐ Non ☐

Chaussures Chaussettes ..... Oui ☐ Non ☐

Portez vous des chaussettes de contention ..... Oui ☐ Non ☐ ..... Des bas de contention Oui ☐ Non ☐

Etes-vous plutôt frileux(se) ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Avez-vous des habitudes vestimentaires particulières : Oui ☐ Non ☐

Lesquelles : .....

.....

.....

TOILETTE

Avez-vous besoin d'aide pour la toilette :

Du Visage ..... Oui ☐ Non ☐

Du Torse et du Dos..... Oui ☐ Non ☐

La Toilette intime..... Oui ☐ Non ☐

Des Jambes et Pieds..... Oui ☐ Non ☐

Vous réaliser votre toilette ..... ☐au lavabo

.....☐Sous la douche

..... ☐Dans le bain

Concernant votre hygiéne et votre autonomie, avez-vous des souhaits particuliers ? .....
.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Cela va permettre à l'ensemble de l'équipe de répondre à vos attentes et d'améliorer votre prise en charge.