

**Siège social :**

Site de Clermont : 10 rue Thiers
55120 CLERMONT EN ARGONNE
☎ 03.29.87.41.44
☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :
3 place Général Pershing
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE
☎ 03.29.85.19.79
☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :
2 route de Cheppy
55270 VARENNES EN ARGONNE
☎ 03.29.80.71.24
☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ contact@ehpadargonne.fr

RECUEIL DE L'HISTOIRE ET DES HABITUDES DE VIE

DATE :/...../.....

Le recueil de l'histoire et des habitudes de vie permet de connaître et d'identifier les besoins et les attentes de la personne afin de lui offrir un accompagnement personnalisé prenant en compte ses rythmes et habitudes.

NOM : PRENOM :

1. Histoire de vie

Dernière profession :

Langues parlées :

Latéralité :

- Ambidextre
 Droitier
 Gaucher

Apprécie la compagnie :

- Oui
 Non

Ressent le besoin de s'isoler :

- Oui
 Non

Croyance :

- Pratiquant Non pratiquant

Implication du résident dans le projet personnalisé : Oui Non

Motif :

- Incapacité à communiquer son avis
 Opposant
 Passif / sans avis

Souhaits et attentes en entrant à la maison de retraite :

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) :

Vivants dans le secteur :

Vivants hors secteur :

Dont décédé(s) :

Informations familiales :

Nombre de petits-enfants : Nombre d'arrière-petits-enfants :

Généalogie / famille / communication / rapport à l'autre :

.....

Entourage (amis, voisins, cousins...):

.....

Contexte social : Visites ponctuelles Visites habituelles Aucune visite

Événements marquants de votre vie :

.....

2. Hébergement

Aménagement de la chambre / Biens personnels :

.....

Participation à l'entretien de la chambre :

Aviez-vous un animal de compagnie : oui non

Quel type d'animal :

Commentaires :

.....

3. Déplacement

Aide aux déplacements :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Cannes anglaises |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur simple | <input type="checkbox"/> Déambulateur rollator | <input type="checkbox"/> Tripode |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Fauteuil confort | <input type="checkbox"/> Fauteuil coque |

4. Lever / Coucher

Horaires : Lever :h.....

Coucher :h.....

Souhaite faire la sieste : Oui

Non

1^{ère} sieste :h.....

2^{nde} sieste :h.....

Habitudes :

- TV au lit
- Garde ses prothèses dentaires
- Avec une veilleuse

Avec une seconde couverture

Se lève durant la nuit : Oui Non

Commentaires :

5. Hygiène corporelle

Autonomie de la toilette : Autonome Aide partielle Aide complète

Habitudes : Bain Douche Toilette au lavabo Toilette au lit

Période préférée : Avant le petit déjeuner Après le petit déjeuner

Habitudes : hygiène / Soins corporels :

.....

.....

Coiffeur : Oui Non Fréquence :

Prestation :

Commentaires :

6. Tenue vestimentaire

Tenue(s) préférée(s) :

Tenue(s) à éviter :

Accessoires : Chapeau casquette Ceinture
 Bretelles Foulard Bijoux

Commentaires :

7. Elimination

Habitudes :

.....

8. Centres d'intérêts

Activités :

.....

Commentaires :

9. Droits d'expression

Souhait d'exercer son droit de vote : Oui Non

Souhait de participer à la vie de l'établissement :

- Commission de menus (ouverte à tous)
- Conseil de la Vie sociale (sur élection)
- Conseil d'Administration (sur élection)

10. Alimentation

Allergies alimentaires :

Régime : Normal sans sucre sans sel sans résidus autres :

Texture : Normale Mixée Moulinée Hachée autres :

Mets préférés :

Mets interdits :

Dégouts :

Compléments alimentaires : Oui Non

Portions : Demi portion Portion normale Double portion

11. Hydratation

Eau plate Eau pétillante Eau gélifiée

Boissons préférées :

eau jus de fruits sirop : parfum :

café Thé Tisane

Peut boire de l'alcool : Oui Non

Vin Bière apéritif Cidre

S'hydrate bien : Oui Non

Doit être stimulé : Oui Non

Boit seul : Oui Non

Commentaires :

.....