

Habitudes de vie

Civilité : Madame Monsieur **Nom** : _____ **Prénom** : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____ N° Sécurité sociale _____

Je vis : Seul En établissement En famille Autre _____

Adresse _____ CP : _____ Ville _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Je suis : Propriétaire : Locataire : Je perçois : l'AAH Une pension d'invalidité Une retraite vieillesse

D'autres pensions ou allocations (préciser) : _____

Êtes-vous sous tutelle ou curatelle oui non Si oui, quel est son nom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Autonomie de déplacement :

Je peux marcher seul avec l'aide de Cannes, béquilles Déambulateur J'ai un appui plantaire **Je viendrai avec un fauteuil** Manuel Electrique Pliant oui non / Avec coque oui non/ Assuré oui non - Hauteur en cm sans appui tête : _____ Profondeur sans cale pieds en cm : _____

Largeur en cm plié : _____ Poids : _____ kg / Si batterie préciser son type : _____ et sa puissance en watt : _____

Communication

Défauts d'élocution : oui non si oui : minimes moyens importants

Gestes de la vie quotidienne

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
Je me lève et me couche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais ma toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me rase (si nécessaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'habille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je mange :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Avec des couverts ordinaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Uniquement à la cuillère	<input type="radio"/> Avec mes propres couverts
Je bois :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Au verre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Avec une pipette ou une paille	<input type="radio"/> Avec mon propre gobelet

J'ai besoin d'aide la nuit pour me retourner changer de position

Alimentation Mode : Ordinaire Haché Mixé Aliments à éviter : _____

Régime alimentaire, si oui, quel type : _____

Confort personnel

J'ai des difficultés pour la miction que j'assure seul(e) avec une aide Protections oui non

J'ai des difficultés de défécation que j'assure Seul(e) avec une aide Protections oui non

Si vous avez besoin de soins techniques infirmiers : lesquels : _____

J'ai besoin de disposer sur place de : Lit médicalisé Barrières Potence Matelas anti-escarre

Bassin Urinal Chaise percée Lève-personne Autre, préciser _____

J'apporterai mon propre matériel (gélifiant, couverts adaptés...) précisez lequel :

Rythme de vie (excursions...)

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste) de _____ heure(s)

J'ai des troubles du sommeil

Je peux voyager assis sur un siège de voiture normale pendant _____ heure(s)

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom et Prénom _____ lien de parenté ? _____

Adresse _____ CP : _____ Ville _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ @ _____

Observations :

Questionnaire rempli par _____

A _____ le _____ Signature(s)