

## Habitudes de vie

Civilité :  Madame  Monsieur **Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Je vis :  Seul  En établissement  En famille

Adresse \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous tutelle ou curatelle  Si oui, quel est son nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Autonomie de déplacement :

Je marche seul  avec aide humaine  autre, précisez \_\_\_\_\_

**Je viendrai avec un fauteuil**  Manuel  Electrique Avec coque  Hauteur : \_\_\_\_\_ Profondeur : \_\_\_\_\_

Largeur : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Marque/modèle : \_\_\_\_\_

Si batterie préciser son type : \_\_\_\_\_ et puissance en watt : \_\_\_\_\_

### Communication

Défauts d'élocution : oui  non

### Gestes de la vie quotidienne

	Oui	Non		Oui	Non
<b>Je me lève et me couche seul</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Je fais ma toilette seul</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Je me rase seul</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Je m'habille seul</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>J'ai besoin d'aide la nuit</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Je mange seul :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Uniquement à la cuillère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Avec mes propres couverts
<b>Je bois seul :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Avec pipette ou paille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Avec mon propre gobelet

Alimentation Mode : Ordinaire  Haché  Mixé  Aliments à éviter : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire, si oui, quel type : \_\_\_\_\_

**Quel que soit le mode d'élimination, je le fais seul** Oui  Non

**Urinaire** (mode de miction) Normal (WC)

Bassin/Urinal  Etui pénien (vulvaire) + poches  Protection (couches ...)  Sonde à demeure

Stomie urinaire  Auto-sondage (seul)  Hétéro-sondage (par un tiers) – Combien de fois/jour : \_\_\_\_\_

### **Intestinal**

Élimination des selles :  Normale (WC)  Bassin/siège adapté  Protection  Stomie digestive

Déficience mentale  Légère  Moyenne  Sévère

Troubles cognitifs  Légers  Moyens  Sévères

Types de troubles : \_\_\_\_\_

### Comportement

Perturbateur  Difficultés en collectivité  Réaction inappropriée  Fugue   
Mauvaise gestion du danger  Dangereux pour les autres  Mise en de lui-même

### Confort personnel

**Besoin de disposer de :**  Lit médicalisé  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)

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 :

### Questions annexes :

J'envisage de régler mon séjour avec des chèques vacances ANCV **Oui**  **Non**

J'ai l'intention de demander une aide à la MdpH **Oui**  **Non**

Questionnaire rempli par \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature(s)

**Joindre une photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.**