

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

Déficiência 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 : _____

Pour respecter votre rythme de vie préféré

- Je suis plutôt lève tôt Je suis plutôt lève tard
 Je suis plutôt couche tôt Je suis plutôt couche tard
 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 Mdp **Oui** **Non**

Questionnaire rempli par _____

A _____ le _____ Signature(s)

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