

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	☐	☐	Je fais ma toilette seul	☐	☐
Je me rase seul	☐	☐	Je m'habille seul	☐	☐
J'ai besoin d'aide la nuit	☐	☐			
Je mange seul :	☐	☐	☐ Uniquement à la cuillère	☐ Avec mes propres couverts	
Je bois seul :	☐	☐	☐ Avec pipette ou paille	☐ 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 Mdph **Oui** ☐ **Non** ☐

Questionnaire rempli par _____

A _____ le _____ Signature(s)

Joindre impérativement les dernières prescriptions

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