



DOSSIER DE VIE

NOM – PRENOM

**Vous allez bientôt être admis(e) dans notre établissement,
Afin de mieux connaître vos besoins et vos désirs nous permettant d'élaborer ensemble un projet
de vie personnalisé, nous vous proposons de remplir ce questionnaire avec l'aide de votre famille
éventuellement. A chaque question, plusieurs réponses sont possibles.**

Formulaire complété par :

- Résident Conjoint Enfant Entourage, autre :

SITUATION PERSONNELLE

Situation familiale

- Marié
 Veuf(ve)
 Divorcé(e)
 Célibataire
 Vie maritale
 Pacsé

Situation au moment de l'entrée

- Seul à son domicile
 En couple à domicile
 Chez les enfants
 Hébergé par l'entourage familial
 Avec une aide à domicile
 Hospitalisé
 En structure

Fréquence des visites

- 1 fois par jour
 1 fois par semaine
 1 fois par mois
 Moins d'une fois par mois

Nombre d'enfants :

Dont vivants :

LIEU DE VIE

- Ville
 Campagne

LOGEMENT

- Maison
 Appartement
 Avec jardin
 Avec animal de compagnie

PROFESSION EXERCEE

MAIN FONCTIONNELLE Droite Gauche**VISION**

- Bonne Lentilles
 Mal voyant Vision de près
 Non voyant Vision de loin
 Lunettes Ne les porte pas

AUDITION

- Bonne Appareil auditif droit
 Déficit à droite Appareil auditif gauche
 Déficit à gauche Ne les porte pas
 Surdité complète

Nom du médecin ophtalmologiste :

Date de la dernière consultation :

Nom du médecin ORL :

Date de la dernière consultation :

Nom de l'orthophoniste :

Date de la dernière visite :

Nom de l'audioprothésiste :

Date de la dernière visite :

Nom du (de la) pédicure :

Date de la dernière visite :

APPAREIL DENTAIRE

- En haut Complet Partiel Ne le porte pas
 Bas Complet Partiel Ne le porte pas

Nom du chirurgien-dentiste :

Date de la dernière consultation :

DEPLACEMENTSA l'intérieur

- Seul
 Avec une canne
 Avec un déambulateur
 Avec un fauteuil roulant
 Avec l'aide d'une tierce personne
 Ne se déplace pas
 Autre :

A l'extérieur du domicile

- Seul
 Avec une canne
 Avec un déambulateur
 Avec un fauteuil roulant
 Avec l'aide d'une tierce personne
 Ne se déplace pas
 Autre :

ACTIVITES DE LA VIE COURANTE

- Utilise les transports en commun
 Conduit d'un véhicule
 Possède un véhicule
 Réalise seul ses achats
 Gère seul ses médicaments
 Utilise un pilulier

HABITUDES D'HYGIENE ET VESTIMENTAIRE

Rythme de la toilette : Rythme des bains ou douches : Produits utilisés :

Toilette

- Aucune aide
 Aide partielle
 Aide totale
 Au lit
 Au lavabo
 A la douche ou baignoire

Habillage

- Aucune aide
 Aide partielle
 Aucune totale
 Commentaires :
 Préciser l'horaire habituel :

HABITUDES EN SOINS ESTHETIQUES

Nom de la coiffeuse : Fréquence :

Nom de l'esthéticienne : Fréquence:

HABITUDES D'ELIMINATION URINAIRE ET ANALE

Port de protections

- Le jour
- La nuit

Aide technique

- Urinal
- Bassin
- Chaise garde-robe
- Etui pénien
- Sonde urinaire

HABITUDES DE SOMMEIL

Heure de coucher :

Heure d'endormissement.....

Heure réveil :

Heure de lever :

Sieste

Durée

- Au lit
- Au fauteuil

Problèmes de sommeil

- Insomnie
- Réveils fréquents
- Difficultés d'endormissement
- Autres

HABITUDES ALIMENTAIRES

Régime alimentaire

Composition du petit déjeuner

Aliments appréciés.....

Aliments non appréciés.....

Difficultés pour manger.....

Boissons appréciées.....

Boissons non appréciées.....

Difficultés pour boire.....

Aide

- Se servir
- Couper les aliments.....
- Manger.....
- Autres

Horaires des repas

- Petit déjeuner Déjeuner.....
- Avant la toilette Goûter :
- Après la toilette Dîner :
- Sans importance Autre :

COMMUNICATION

- Apprécie les discussions
- Apprécie la solitude
- Utilise le téléphone
- Utilise l'outil informatique

Commentaires :

CROYANCES

- Participer à des rassemblements religieux
- Visites d'un représentant du culte

Préciser le culte :

SOUHAITS DANS LE DOMAINE DES LOISIRS

Activités musicales

- Bal
- Musique
- Chant

Activités domestiques

- Courses
- Entretien de la maison

Médias

- Télévision
- Radio
- Informatique

Activités intellectuelles

- Atelier mémoire
- Lecture
- Jeux de société

Activités manuelles

- Cuisine
- Tricot
- Couture

Activités physiques

- Promenade
- Jardinage
- Sport

Relations sociales

- Associations
- Visites
- Repas de fêtes, anniversaires, barbecues...

Sorties

- Voyage
- Restaurant

Autres souhaits :

.....
.....
.....
.....
.....

Activités non souhaitées :

.....
.....
.....
.....
.....