

**Recueil  
Habitudes et  
Histoire de vie**

Nom :

Prénom :

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour but d'aider l'équipe soignante à mettre en place une prise en charge spécifique et personnalisée, en répondant aux besoins et attentes de votre parent.

Aussi, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes avec la plus grande précision si cela vous est possible.

Aucune réponse n'est obligatoire.

De plus, les informations que vous nous transmettez à travers ce document seront soumises au secret professionnel.

Nous sommes à votre disposition et à votre écoute pour toutes questions et/ou remarques.

## 1. Contexte d'entrée

L'hébergement est-il ?  Permanent  Temporaire

Votre parent était-il informé de son entrée ?

Oui  Non

Quelle est la raison de son entrée ?

.....

Où habitait-il avant son entrée ?

A son domicile  en hospitalisation  chez un proche

Autre : .....

Recevait-il des aides dans la vie quotidienne ?

Pour l'entretien du logement :  Oui  Non

Pour les repas :  Oui  Non

Pour la toilette :  Oui  Non

*La Résidence de Piney*

## 2. Histoire familiale

Nom et prénom des parents :

.....

Nom et prénom des frères et sœurs :

.....

Situation familiale :

Célibataire    Marié(e)    Veuf(ve)    Divorcé(e)

Nom du conjoint : ..... Date du mariage : .....

Autre : .....

Nombre d'enfants : .....

Nom et prénom des enfants :

.....

.....

Nombre de petits enfants : .....

Nom et prénom des petits-enfants :

.....

.....

Autre(s) personnes ayant (eu) un importance particulière dans sa vie :

.....

## 3. Histoire de vie

Les lieux où votre parent a habité :

.....

Le(s) métier(s) exercé(s) par votre parent :

.....

Avait-il des animaux de compagnie ?  Non  Oui : .....

*La Résidence de Piney*

Quels sont ou étaient ses loisirs ?

- Lecture  Jardinage  
 Tricot/Couture  Cuisine/Pâtisserie  
 Emissions télévisées  Autres : .....

#### **4. Habitudes de vie/ Autonomie**

##### **a/ Déplacements**

- Votre parent se déplace :  Seul(e)  Avec une canne  Avec un déambulateur  
 En fauteuil  Autre : .....
- Pour les transferts, utilise-t-il ?  Aucune aide  L'aide d'une personne  
 Un lève-personne  Un verticalisateur

##### **b/ Nursing**

- La toilette quotidienne était réalisée :  Au lavabo  A la douche  Au lit  
 Autre : .....
- Autonome  Avec une aide partielle  Avec stimulation  Avec une aide totale  
 Avant le petit déjeuner  Après le petit déjeuner

A-t-il besoin d'une aide pour d'habiller et se déshabiller ?

- Autonome  Avec une aide partielle  Avec stimulation  Avec une aide totale

Votre parent est-il continent ?  Oui  Non

Porte-t-il une protection ?  Oui  Non

A-t-il besoin d'aide pour se rendre aux toilettes ou changer de protection ?  Oui  Non

A quelle heure a-t-il l'habitude de se lever ? ..... De se coucher ? .....

Fait-il une sieste ?  Oui  Non

La nuit, il y a-t-il des éléments particuliers (changement de position, position demi-assise, une ou deux barrières...)?  Oui  Non. Si oui, précisez : .....  
.....

*La Résidence de Piney*

## c/ Repas

A-t-il besoin d'une aide pour manger et s'hydrater ?

Autonome  Avec une aide partielle  Avec stimulation  Avec une aide totale

Que déjeune-t-il ? .....

Les repas nécessitent-ils une texture modifiée ?  Oui  Non  Partiellement : .....

Bénéficie-t-il d'un régime ?  Non  Diabétique  Sans sel  Autres : .....

A-t-il des allergies ou des aliments qu'il ne mange pas? .....

## 5. Suivi Médical

Votre parent bénéficie-t-il de dispositifs :

• Auditif ?  Oui  Non

• Lunettes ?  Oui  Non

• Dentaire ?  Oui  Non

• Bas ou bandes de contention ?  Oui  Non

Votre parent bénéficie-t-il d'appareillages ?

Fauteuil roulant

Pacemaker

Lit médicalisé

Autres : .....

Matelas anti-escarres

Votre parent présente-t-il ?

Dépression

Phobie

Anxiété

Agressivité

Trouble du sommeil

Troubles de la mémoire

Une difficulté à se repérer dans le temps et/ou dans les lieux

Des troubles du comportement (Cri, agitation...)

Votre parent bénéficie-t-il de soins particuliers ?

Rééducation(s). Si oui laquelle(s) ?  Kinésithérapie  Orthophonie  Autre : .....

Pansement(s). Si oui lequel(s) ? .....

Soins cutanés de prévention d'escarres.

Isolement, précautions liés à une infection ?

Autre(s) : .....

*La Résidence de Piney*

Document médical d'admission complété. Dans le cas contraire,

Quels sont ses antécédents médicaux ?

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

Quels sont ses traitements médicamenteux?  Voir ordonnance

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

A-t-il des allergies médicamenteuses ?

Oui  Non. Si oui laquelle(s) ? .....

Remarques :

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

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à l'élaboration de ce questionnaire.

*La Résidence de Piney*