

-EHPAD VILLA JEAN CASALONGA-

QUESTIONNAIRE DES HABITUDES DE VIE

NOM DU RESIDENT (E) :

•AIDANT-PRINCIPAL :

NOM :

Coordonnées téléphoniques :

•PERSONNE DE CONFIANCE* :

NOM :

Coordonnées téléphoniques :

•PROTECTION JURIDIQUE: TUTELLE CURATELLE SAUVEGARDE EN JUSTICE

LIEU DE VIE AVANT L'ADMISSION :

*** La Loi n° 2002- du 4 mars 2002 introduit la notion de Personne de Confiance :**

« Il s'agit d'une mesure innovante permettant à toute personne majeure de désigner une personne habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour hospitalier. »

Il apparaît rapidement que le résident assimile la personne de confiance aux proches les plus présents auprès de lui. Il doit prendre conscience du rôle particulier, aide ou éventuel garant de l'expression de ses souhaits, que peut devenir la personne de confiance. Il doit appréhender les droits et devoirs de cette personne de confiance. Il semble donc nécessaire que le résident puisse être aidé dans la réflexion qu'implique son choix et ses conséquences dans l'aide à la prise en charge de ses soins.

La désignation de la personne pour une hospitalisation n'est valable que durant sa durée, et elle s'arrête avec elle. En revanche si la désignation a lieu en dehors d'une hospitalisation celle-ci n'est pas limitée par le temps.

Bien sûr comme le précise la loi, le résident peut à tout instant revenir sur le choix qu'il a fait précédemment. Toutefois il apparaît souhaitable de proposer au résident de réaffirmer sa demande régulièrement durant son séjour dans un EHPAD. Il pourra ainsi renouveler auprès de la personne de confiance ses choix et volontés. Les dernières recommandations de l'Anesm sur l'entrée en EHPAD précisent qu'il faut laisser une période d'acclimatation au résident avant d'aborder avec lui sa prise en charge dans son nouveau lieu de vie. La désignation de la personne de confiance ne doit pas déroger à cette règle et ne doit pas être faite dans la précipitation à son entrée.

| |
|-----------------|
| MOBILITE |
|-----------------|

- | | | |
|---|-----|-----|
| - AVEZ-VOUS DES DIFFICULTES A VOUS DEPLACER ? | OUI | NON |
| - AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE AIDE A LA MARCHE ? | OUI | NON |
| - SI OUI : | | |
| - BRAS | | |
| - CANNE | | |
| - DEAMBULATEUR | | |
| - FAUREUIL | | |
| - AUTRES (à préciser) | | |
| - PORTEZ-VOUS DES CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES ? | OUI | NON |
| - AVEZ-VOUS DES PERTES D'EQUILIBRE ? | OUI | NON |
| - AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE ? | | |
| - POUR SORTIR DU LIT | OUI | NON |
| - SI OUI UTILISEZ-VOUS UNE POTENCE | OUI | NON |
| - POUR VOUS COUCHER | OUI | NON |
| - POUR VOUS LEVER D'UN FAUTEUIL | OUI | NON |

| |
|---------------------------|
| ENTRETIEN CORPOREL |
|---------------------------|

- | | | |
|---|-----|-----|
| - QUELS SONT VOS HABITUDES ? | | |
| - BAINS | | |
| - DOUCHES | | |
| - TOILETTE AU LAVABO | | |
| - AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE A LA TOILETTE ? | | |
| - POUR LE BAS | OUI | NON |
| - TOTALE | OUI | NON |
| - QUI ACHETE VOS PRODUITS DE TOILETTE ? | | |
| - VOUS | OUI | NON |
| - VOTRE FAMILLE | OUI | NON |
| - AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE A L'HABILLAGE ? | OUI | NON |
| - CHOIX DES TENUES POSSIBLE | OUI | NON |
| - AIDE PARTIELLE | OUI | NON |
| - AIDE TOTALE | OUI | NON |

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| - VOTRE LINGE EST-IL ENTRETENU ? | | |
| - PAR VOUS-MEME | OUI | NON |
| -PAR VOTRE FAMILLE | OUI | NON |
| | | |
| - VOS HABITUDES D'ESTHETISME | | |
| - PEDICURE | OUI | NON |
| - MANICURE | OUI | NON |
| - COIFFEUR | OUI | NON |
| - SOINS DE PEAU | OUI | NON |
| | | |
| - AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE PEAU ? | | |
| - IRRITATIONS | OUI | NON |
| - ALLERGIES | OUI | NON |
| - MALADIES (eczéma, psoriasis...) | OUI | NON |

| |
|---------------------|
| ALIMENTATION |
|---------------------|

- | | | |
|---|-----|-----|
| - QUELS SONT VOS PLATS PREFERES ? | | |
| | | |
| - QUELS SONT VOS PLATS DETESTES ? | | |
| | | |
| - PRENEZ-VOUS DES COLLATIONS ? | OUI | NON |
| SI OUI - 10 H | OUI | NON |
| - 16H | OUI | NON |
| | | |
| - QUE PRENEZ-VOUS AU PETIT DEJEUNER ? | | |
| | | |
| - AVEZ-VOUS UN REGIME PARTICULIER ? | OUI | NON |
| SI OUI (précisez svp) : | | |
| | | |
| - PORTEZ-VOUS UN APPAREIL DENTAIRE ? | | |
| - HAUT | OUI | NON |
| - BAS | OUI | NON |
| | | |
| - AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE PENDANT VOS REPAS ? | OUI | NON |
| | | |
| - FAITES-VOUS DES FAUSSES ROUTES ? | OUI | NON |

| |
|----------------|
| HYGIENE |
|----------------|

| | | | |
|--|-----|-----|--|
| - ELIMINATIONS URINES ET SELLES | | | |
| - AUTONOMIE complète (aucune aide) | OUI | NON | |
| - AIDE nécessaire à l'installation | OUI | NON | |
| - Appel possible pour aide | OUI | NON | |
| | | | |
| - INCONTINENCES URINAIRES | | | |
| - PARTIELLE | OUI | NON | |
| - TOTALE | OUI | NON | |
| - PROTECTIONS LA NUIT | OUI | NON | |
| - PROTECTIONS LE JOUR | OUI | NON | |
| - CHANGE COMPLET | OUI | NON | |
| - ANAFORM (protection anatomique) | OUI | NON | |
| | | | |
| - MATERIEL NECESSAIRE URINAIRE | | | |
| - ETUI PENIEN | OUI | NON | |
| - URINAL (pistolet à urine) | OUI | NON | |
| - BASSIN | OUI | NON | |
| - CHAISE GARDE-ROBE | OUI | NON | |
| - SONDAGE VESICAL | OUI | NON | |
| | | | |
| - SELLES | | | |
| - TENDANCE CONSTIPATION | OUI | NON | |
| - TENDANCE DIARRHEE | OUI | NON | |
| - AUTONOMIE TOTALE (aucune aide et aucune protection) | OUI | NON | |
| - INCONTINENCE PARTIELLE | OUI | NON | |
| - INCONTINENCE TOTALE | OUI | NON | |
| - STOMIE | OUI | NON | |

| |
|----------------------|
| VOTRE SOMMEIL |
|----------------------|

| | | | |
|---|-----|-----|--|
| - AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE FAIRE LA SIESTE ? | OUI | NON | |
| - A QUELLE HEURE AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE VOUS LEVER ? | OUI | NON | |
| - A QUELLE HEURE AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE VOUS COUCHER ? | OUI | NON | |
| - VOUS LEVEZ-VOUS DURANT LA NUIT ? | OUI | NON | |
| - AVEZ-VOUS UN LIT MEDICALISE A VOTRE DOMICILE ? | OUI | NON | |
| - AVEZ-VOUS DES BARRIERES AU LIT LA NUIT ? | OUI | NON | |
| - VOUS REVEILLEZ-VOUS SOUVENT DURANT LA NUIT ? | OUI | NON | |
| - AVEZ-VOUS DEJA CHUTE DURANT LA NUIT ? | OUI | NON | |

ETATS SENSORIEL ET VISUEL

| | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| - PORTEZ-VOUS DES LUNETTES ? | OUI | NON |
| - PORTEZ-VOUS DES LENTILLES | OUI | NON |
| - PORTEZ-VOUS UN DISPOSITIF AUDITIF | OUI | NON |
| - SI OUI : - UN : OD ou OG | | |
| - DEUX | | |

RELATION-COMMUNICATION

| | | |
|---|-----|-----|
| - AVEZ-VOUS UN ANIMAL DE COMPANIE AU DOMICILE ? | OUI | NON |
| - AVEZ-VOUS UN VEHICULE ? | OUI | NON |
| - REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION ? | OUI | NON |
| - LISEZ-VOUS LE JOURNAL ? | OUI | NON |
| - UTILISEZ-VOUS LE TELEPHONE ? | OUI | NON |
| - UTILISEZ-VOUS INTERNET ? | OUI | NON |

CENTRES D'INTERET

AIMEZ-VOUS ?

| | | |
|---|-----|-----|
| - LE CINEMA | OUI | NON |
| - LA MUSIQUE | OUI | NON |
| - LES JEUX DE CARTES | OUI | NON |
| - LES JEUX DE MEMOIRE | OUI | NON |
| - LA GYMNASTIQUE DOUCE | OUI | NON |
| - TRICOTER | OUI | NON |
| - LES JEUX DE PETANQUE | OUI | NON |
| - LES ACTIVITES MANUELLES (Jardinage, bricolage, modélisme...) | OUI | NON |
| - CUISINER | OUI | NON |
| - LIRE | OUI | NON |
| - CHANTER | OUI | NON |
| - L'ART PLASTIQUE (dessiner, peindre...) | OUI | NON |
| - PARTICIPER AU LOTO | OUI | NON |
| - AUTRES : (à préciser) | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| JOUEZ-VOUS D'UN INSTRUMENT DE MUSIQUE ? | OUI | NON |
| SAVEZ-VOUS NAGER ? | OUI | NON |
| AIMEZ-VOUS NAGER ? | OUI | NON |

| |
|--------------------------------|
| PHILOSOPHIE ET RELIGION |
|--------------------------------|

- | | | |
|---|-----|-----|
| - PRATIQUEZ-VOUS UNE RELIGION ? | OUI | NON |
| - SI OUI, laquelle ? | | |
| | | |
| - LA VISITE D'UN REPRESENTANT DU CULTTE EST-ELLE SOUHAITEE ? | OUI | NON |
| | | |
| - QUELS SONT LES RITES RELIGIEUX QUE VOUS SOUHAITERIEZ VOIR RESPECTES ? | | |
| - AU MOMENT DU DECES : | | |
| - APRES LE DECES : | | |
| | | |
| - CHOIX DU RESIDENT PAR RAPPORT AUX RITES FUNERAIRES | | |
| | | |
| - EXISTE-T-IL UN CONTRAT D'OBSEQUE ? | OUI | NON |
| - QUELS SONT LES EXIGENCES DU RESIDENT ? | | |

| |
|----------------------------|
| AUTRES INFORMATIONS |
|----------------------------|

- | | | |
|---|-----|-----|
| - FUMEZ-VOUS ? | OUI | NON |
| | | |
| - CONSOMMEZ-VOUS DE L'ALCOOL ? | OUI | NON |
| | | |
| - AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ? | OUI | NON |
| -SI OUI, pourriez-vous nous communiquer les comptes rendus ? | | |
| | | |
| - AVEZ-VOUS REALISE DES EXAMENS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS? | OUI | NON |
| - SI OUI, pourriez-vous nous communiquer les comptes rendus ? | | |
| | | |
| - ETES-VOUS SUIVI PAR UN OU DES SPECIALISTES ? | OUI | NON |
| - SI OUI, préciser nom(s) et spécialité(s) | | |
| - Dr | | |
| | | |
| - REMARQUES DIVERSES : | | |

Nom et qualité du signataire :