



EHPAD « Dauphin » - Route de Bossay - BP19 - 37290 PREUILLY sur CLAISE  
Tel. 02 47 91 20 20 - Fax. 02 47 91 20 23 - Email : [ehpad.preuilley@wanadoo.fr](mailto:ehpad.preuilley@wanadoo.fr)

**CE DOCUMENT EST A NOUS RETOURNER COMPLETE AU MINIMUM DEUX  
JOURS AVANT L'ENTREE, UNE FOIS CELLE-CI CONFIRMEE PAR  
L'ETABLISSEMENT.**

*Afin de vous proposer un  
accompagnement le mieux adapté à vos  
besoins et désirs, nous vous invitons à  
répondre aux questions qui vont suivre.  
Les informations que vous nous fournirez  
figureront dans votre dossier personnel  
et seront protégées par le secret  
professionnel.*

*Chaque information peut s'avérer être  
indispensable dans la prise en compte  
des besoins de la personne accueillie.*

*Néanmoins vous restez libres de  
répondre ou non à la totalité de ces  
questions.*

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE ACCUEILLIE :**

Mr                       Mme                       Melle

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

**Situation familiale :**

Vous êtes :

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

Depuis le : .....

Nombre d'enfants : ..... Filles : ..... Fils : .....

                                 Vivants : ..... Décédés : .....

Nombre de frères : ..... De sœurs : .....

Autres (Petits enfants, neveux, amies....) :

.....  
.....

Quelle personne de votre entourage est votre interlocuteur privilégié  
et que vous désiriez désigner comme référent ?

.....  
.....

*Situation socio - professionnelle :*

*Quelle(s) activité(s) avec-vous exercée(s) (profession, mère au foyer, bénévolat, investissement dans la vie locale etc... ) :*

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

**CONTEXTE D'ADMISSION**

*Motif d'entrée : .....*

*Qui a pris la décision de votre venue dans l'établissement ? :*

- Vous       Votre famille       L'hôpital       Le médecin  
 Autre : .....

*Que pensez-vous de cette décision ?*

.....  
.....

*Connaissez-vous une ou plusieurs personnes séjournant à l'EHPAD ?*

- OUI : Qui ? .....       NON

*Quel est le motif du choix de notre établissement ?*

- Image     Réputation     Prix     Proximité     Disponibilité

## HABITUDES DE VIE

*Pour nous permettre de vous proposer un quotidien qui se rapproche le plus possible de ce que vous vivez à la maison, il est important pour nous de connaître ce que l'on appelle les « habitudes de vie ». Aussi souvent que la situation et l'organisation le permettront, nous tenterons d'assurer la continuité de vos habitudes de vie entre votre domicile et l'établissement.*

### *Le lever :*

*Heure de réveil : ..... Heure de lever : .....*

*Vous vous levez :*

*Seul (e)*       *Avec aide partielle*       *Avec aide totale*

### *Votre toilette :*

*Lors de la toilette vous :*

*Etes autonome ?*       *Avez besoin d'une aide partielle ?*

*Avez besoin d'une aide totale ?*

*Vous appréciez :*  *La douche*       *Le bain*       *Toilette au lavabo*

*La fréquence : .....Fois par .....*

*Avez-vous des habitudes spécifiques liées à votre toilette (produits utilisés, outils ...) ?*

*Oui, lesquelles ?.....*

*Non*

*Qui gère l'achat de vos produits de toilette ?.....*

## *Appareillage :*

*Avez-vous des prothèses dentaires ?*    *Haut*    *Bas*    *Non*

*Aide à la pose ?*    *Oui*    *Non*

*Aide au nettoyage ?*    *Oui*    *Non*

*Avez-vous des prothèses auditives ?*    *Droite*    *Gauche*    *Non*

*Aide à la pose ?*    *Oui*    *Non*

*Aide au nettoyage ?*    *Oui*    *Non*

*Avez-vous des lunettes ?*    *Oui*    *Non*

*Aide à la pose ?*    *Oui*    *Non*

*Avez-vous des lentilles ?*    *Oui*    *Non*

*Aide à la pose ?*    *Oui*    *Non*

*Aide au nettoyage ?*    *Oui*    *Non*

## *Vos soins esthétiques :*

*Vous vous coiffez :*

*Seul (e)*    *Avec aide partielle*    *Avec aide totale*

*Fréquence de vos shampoings : .....Fois, par.....*

*Vous vous rasez :*    *Seul (e)*    *Avec aide*

*Votre rasoir est :*    *Manuel*    *Électrique*

*Vous vous maquillez :*    *Oui*    *Avec aide*    *Non*

*Utilisez-vous des crèmes de soins pour le corps et/ ou le visage ?*

*Oui lesquelles ?.....*

*Non*

*Avez-vous l'habitude de vous rendre chez le coiffeur (\*) ?*

Oui, ..... Foix par.....  Non

Nom de votre coiffeur habituel : .....

Vous avez besoin de soins de pédicurie (\*) ?

Oui, ..... Foix par .....  Non

Avez-vous l'habitude de vous rendre chez l'esthéticienne (\*) ?

Oui, ..... Foix par .....  Non

Nom de votre esthéticienne habituelle : .....

*(\*) Prestations assurées par des professionnels de votre choix, externes à l'établissement, et dont il vous faudra payer les services.*

### Vos vêtements :

Vous choisissez vos vêtements seul (e) ?  Oui  Non

Vous vous habillez :

Seul (e)  Avec aide partielle  Avec aide totale

Vous avez des bas de contention ?  Oui  Non

Existe-t-il un ou des vêtements en particulier que vous souhaiteriez voir nettoyer par votre famille ?  Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Avez-vous des habitudes vestimentaires dont vous souhaiteriez nous faire part ? Par exemple : « j'ai toujours porté ma casquette », « je ne porte jamais de pantalon, je préfère les jupes », « assise, j'ai toujours un châle ou un foulard sur les épaules » etc... :

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

## *Les déplacements :*

*A l'intérieur, vous vous déplacez :*

*Seul (e)*       *Avec aide partielle*       *Avec aide totale*

*Pouvez-vous monter/ descendre les escaliers ?*       *Oui*       *Non*

*Pouvez-vous utiliser l'ascenseur ?*       *Oui*       *Non*

*Vous avez besoin d'un appareillage :*

*Fauteuil roulant*       *Déambulateur*       *Canne tripode*

*Canne anglaise*       *Chaussures orthopédiques*

*Autre.....*

*A l'extérieur, vous vous déplacez :*

*Seul (e)*       *Avec aide partielle*       *Avec aide totale*

*Pour vous rendre à certaines consultations, un transport assis ou allongé peut vous être prescrit. Ce transport n'est pas systématiquement remboursé par la sécurité sociale ou votre mutuelle.*

*Lorsqu'une consultation vous est prescrite, votre famille (ou référent) souhaite-t-elle être informée et vous y accompagner ?*

*Oui*       *Non*

## *Votre alimentation :*

*Lors des repas, vous mangez :*

- Seul (e)       Avec aide partielle (humaine ou matérielle)  
 Avec aide totale

*La texture de votre nourriture doit être :*

- Entière       Hachée       Mixée       Eau gélifiée

*Une crème hyper protéinée vous a-t-elle été prescrite ?*  Oui     Non

*Votre petit déjeuner se compose de :*

- Café     Chocolat     Thé     Lait     Biscottes  
 Pain     Pain de mie     Beurre     Jus d'orange     Confiture  
 Sucre     Sucrette     Autres : .....

*Quels sont vos aliments et/ou plats préférés ?* .....

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

*Quels sont les aliments et/ou plats que vous appréciez moins ?* .....

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

*Etes-vous allergique à certains aliments ?*.....

.....

*Avez-vous un régime particulier ?*

- Sans sucre     Sans sel       Sans sauce     Sans résidus  
 Hyper protéiné     Sans alcool     Autre : .....

## *Sommeil / repos :*

*La journée :*

*Vous faites une sieste dans la journée ?*

*Oui*     *Non*     *Au fauteuil*     *Au lit*

*Durée : ..... Horaire habituel : .....*

*La nuit :*

*Heure du coucher : .....*

*Avez-vous besoin d'aide pour le coucher ?*     *Oui*     *Non*

*Quelles sont vos habitudes de sommeil ?*

*Tisane*     *Somnifère*     *Lecture*     *Télévision*  
 *Veilleuse*     *Montauban*     *Urinal*     *Volet ouvert*  
 *Couverture*     *Barrière (prescription)*     *Volet fermé*

*Les soignantes de nuit sont présentes pour veiller à la qualité de votre sommeil et à votre sécurité.*

*Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?*     *Oui*     *Non*

*Pourquoi ?.....*

*Souhaitez-vous le passage d'un soignant la nuit ?*     *Oui*     *Non*

## *Votre élimination :*

*L'élimination peut être un sujet délicat à aborder, mais pour assurer votre confort, il est important de nous informer de vos difficultés.*

*Avez-vous besoin d'être accompagné (e) aux WC ?*     *Oui*     *Non*

*Souffrez-vous de constipation ?*     *Oui*     *Non*

*L'établissement fournit les protections à usage unique, en aurez-vous la nécessité ?*     *Oui*     *Non*

## *Relation / communication :*

*Vous appréciez la compagnie ?*     *Oui*     *Non*

*Pour vos correspondances écrites vous écrivez :*

*Seul (e)*     *Avec aide partielle*     *Avec aide totale*

*Souhaitez-vous faire installer le téléphone dans votre chambre ? (les communications resteront à votre charge)*

*Oui*     *Non*

*Avez-vous l'habitude de recevoir de la visite ?*     *Oui*     *Non*

*Fréquence : ..... Foix, par .....*

*Qui ? :*

.....  
.....

*Votre religion :*

*Soucieux de respecter vos croyances, merci de nous indiquer si vous le souhaitez votre religion : .....*

*Etes-vous pratiquant (e) ?       Oui       Non*

*Une fois par mois une messe catholique est célébrée au sein de l'établissement, souhaitez-vous y participer ?       Oui       Non*

*Avez-vous l'habitude de vous rendre dans un lieu de culte particulier ?*

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

*Nous savons que la fin de vie est un moment difficile à aborder. Dans l'optique de vous garantir le respect de vos souhaits, nous nous permettons de vous solliciter concernant les éventuelles dispositions à prendre*

*Devons-nous prendre en compte une tenue vestimentaire particulière, ainsi que des effets personnels (bijoux, photos...)?*

*Oui, Lesquels ?* .....

.....

.....

.....

*Non*

*Devons-nous prendre en compte certaines dispositions avant votre décès ?*

*Oui, Lesquelles ?* .....

.....

.....

*Non*

*Devons-nous prendre en compte d'autres modalités d'obsèques ? (lieu d'inhumation, rites religieux, contrat, etc... )* .....

.....

.....

.....

.....

*Au sein de notre établissement, un certain nombre d'activités vous seront proposées. Vous êtes libre d'y participer ou non*

*Afin de vous solliciter à bon escient, nous vous remercions de nous indiquer vos habitudes liées à vos loisirs et habitudes.*

***Avant votre venue dans notre établissement à quoi ressemblait votre quotidien ?***

*Membre d'une association, laquelle/lesquelles ?*

.....  
.....

*Soirées festives*       *Voyages*       *Club (belote, scrabble...)*

*Activités physiques et sportives (pratiquant, spectateur)*

*Politique*       *Famille*       *Ami(e)s*       *Animaux*

*Sorties (culturelles)*       *Dessin, peinture*       *Lecture*

*Ecriture*       *Jardin*       *Chorale*       *Photo*

*Travaux d'aiguilles*       *Cinéma*       *Théâtre*

*Spectacles*       *Tranquillité à la maison*       *Promenades*

*Autres : .....*

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

*Etes-vous intéressés par la poursuite d'activités domestiques ?*

- Jardinage*     *Bricolage*     *Ménage*     *Faire son lit*  
 *Tricot*     *Couture*     *Broderie*     *Cuisine*

*Autres activités de loisirs qui pourraient vous intéresser :*

- Les jeux de société : Lesquels ? .....*  
 *Les activités manuelles : lesquelles ? .....*  
 *Les promenades*  
 *La musique*  
 *La télévision : programme : .....*  
 *La gymnastique douce*  
 *Mots croisés, mêlés etc...*  
 *Autres : .....*

***Le tabac :***

*Fumez-vous ?*     *Oui*     *Non*

*Pour des raisons de sécurité, pour vous et les autres résidents, il ne vous sera pas possible de fumer dans votre chambre et au sein de l'établissement. Cependant, il vous est possible de fumer à l'extérieur. En cas d'impossibilité de votre part, une aide vous sera proposée pour votre accompagnement à l'extérieur.*

*L'animal de compagnie :*

*Avez-vous un animal de compagnie ?*

*Non*

*Oui, lequel ? .....*

*Avez-vous pris pour lui des dispositions particulières en prévision de votre entrée dans l'établissement ? .....*

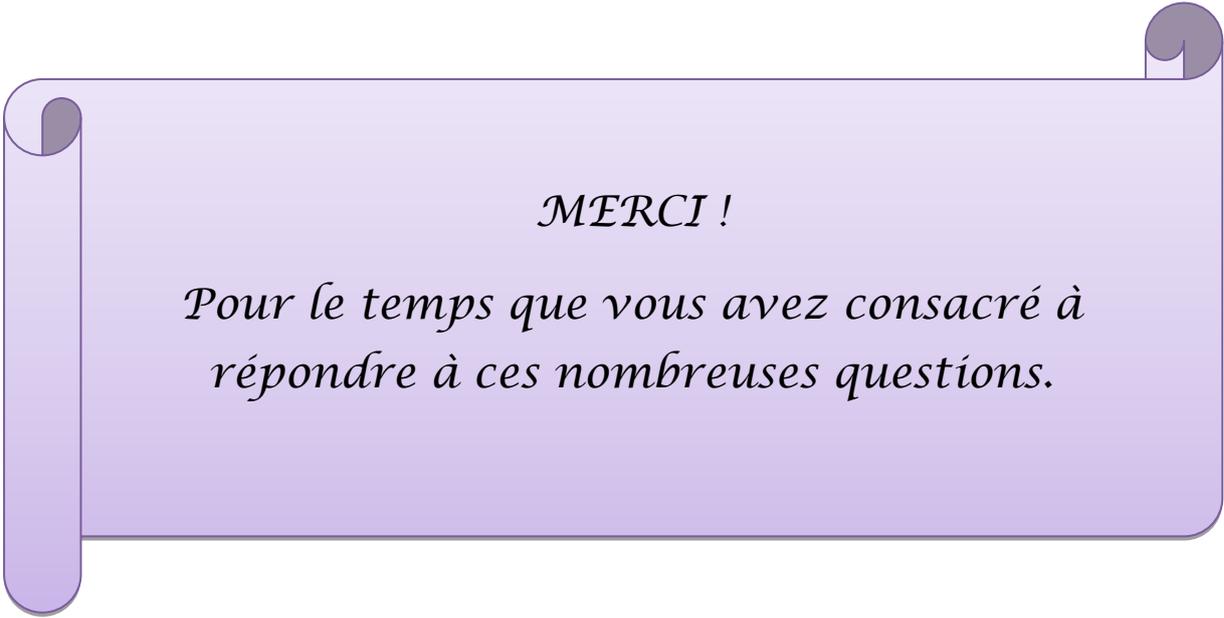
.....  
.....

*Merci de ne surtout pas hésiter à nous indiquer qu'est- ce qui, selon vous, pourrait faciliter votre adaptation au sein de notre établissement :*

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

*Evénements importants de votre vie : souhaitez-vous nous faire part d'événements qui ont marqués votre vie et qui vous paraissent importants à prendre en compte (joies, tristesse..) ?*

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



*Ce document a été rempli par :*

*Si vous n'êtes pas le futur résident, merci de nous indiquer votre lien, familial, amical, de voisinage, avec la personne qui fait le projet d'être accueillie dans notre établissement :*

.....

.....

.....

*Le : .....*