



# Résidence sénior

*EHPAD LES PERLES GRISES*



Nathalie FIRPION

HP



## HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE AU SEIN DE LA RPA DES PERLES GRISES

### Mon état civil :

Mon nom :

Mon prénom :

Date de mon entrée :

L'adresse de ma dernière habitation :

Ma date de naissance :

Mon lieu de naissance :

Ma langue maternelle :

Je parle d'autres langues : Oui Non

Lesquelles :

### Ma situation familiale :

Marié (e) / Pacsé(e) / Divorcé(e) / Veuf/veuve

J'ai ..... Enfants :

Nom et Prénoms:

J'ai ..... Petits enfants

Nom et Prénoms de ceux qui sont amenés à venir me voir :

### Ma personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Qualité de :

- Parents :
- Tuteur :
- Curateur :
- Mandataire :

Date du jugement :

Adresse :

Numéros de téléphone : ..... / Portable : .....

Mail : .....



# HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE AU SEIN DE LA RPA DES PERLES GRISES

## Mes habitudes :

Nom et Prénom de mon Médecin traitant :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Fax :

### Coordonnées de l'association de prestations de service :

Nom de l'association : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom du Responsable : .....

Coordonnées : .....

Mail : .....

### Coordonnées de mon infirmière libérale :

Nom de la société: .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom de l'infirmier (e): .....

Coordonnées : .....

Mail : .....

### Coordonnées de mon masseur-kinésithérapeute libérale :

Nom de la société: .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom de l'infirmier (e): .....

Coordonnées : .....

Mail : .....



# HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE AU SEIN DE LA RPA DES PERLES GRISES

## Mes habitudes de vie :

Je suis attaché(e) à un meuble, objet, lieu de vie particulier :

J'aime être dans (pièce) :

✚ J'aime les animaux :      Oui / Non

✚ Lesquels ? .....

Je conduis :    Oui / Non

## Mes directives anticipées :

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ..... À : .....

**Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :**

Nom et coordonnées du Service de Pompes Funèbres :

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

Personnes à contacter :

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

Pratiques religieuses à respecter :

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

## En général :

Je me lève vers : .....H.....

A la maison :

✚ Je prends mon petit déjeuner :

Entre 4h-6h00

Entre 6h-7h30

N'en prend pas

✚ Je prends un goûter :      Oui / Non

Je me couche vers : .....H.....



# HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE AU SEIN DE LA RPA DES PERLES GRISES

## Mon alimentation :

Je suis un régime

- Diététique :      Oui   Non   Ne Sait Pas
- Sans sel
- Diabétique
- Autre : .....

J'ai une alimentation :

- Hachée ou mixée :    Oui   Non   Ne Sait Pas

### Je suis allergique a

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

Mes horaires habituels de repas :

- J'ai une prescription de Nutricaments :      Oui   Non   Ne Sait Pas
- Si oui lesquels : .....

Pour mes repas pris à l'EHPAD, je préfère :

- Je préfère manger seul (e)
- Je préfère manger en compagnie des autres locataires
- Je préfère manger dans mon studio

J'ai un appareillage dentaire :

- Oui    Non    Ne Sait Pas
- Haut   Bas

Mes péchés mignons :

- Ce que j'aime comme aliments et boissons :  
.....  
.....
- Ce que je n'aime pas comme aliments et boissons :  
.....  
.....

- A chuté au moins 2 fois les 6 derniers mois :      Oui   Non   Ne Sait Pas
- Marche tout le temps :      Oui   Non   Ne Sait Pas
- A des vertiges :      Oui   Non   Ne Sait Pas
- Utilise un appareil pour se déplacer :      Oui   Non   Ne Sait Pas
  - Canne
  - Déambulateur
  - Fauteuil roulant



**HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE  
AU SEIN DE LA RPA DES PERLES GRISES**

Fait à ..... Le...../...../.....

Signature :