

QUESTIONNAIRE D'ENTREE

AIDEZ NOUS A VOUS CONNAITRE POUR MIEUX VOUS ACCOMPAGNER

Les renseignements demandés dans ce questionnaire demeurent confidentiels et internes à l'établissement. Ils ne seront pas communiqués à des tiers. Seuls les renseignements utiles à votre dossier médical (allergies...) pourront être adressés à un Centre hospitalier sous couvert du secret médical.

Les renseignements donnés à l'établissement sont protégés par la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous bénéficiez d'un droit d'accès aux renseignements donnés et conservez la possibilité de corriger toutes les données vous concernant.

Ce questionnaire a été conçu afin de permettre au personnel soignant de vous connaître plus rapidement et ainsi essayer de respecter vos goûts et vos habitudes de vie.

Il est évident que la vie en collectivité nécessite certains aménagements et concessions. Cependant, nous pouvons très certainement adapter des aspects de notre organisation afin de préserver vos habitudes et souhaits de vie.

La présence de deux animatrices permet de proposer certaines activités. En connaissant vos goûts et vos activités antérieures, nous pourrions vous offrir des ateliers adaptés à vos envies et à vos besoins.

Vous remerciant par avance du temps que vous allez consacrer à compléter ce questionnaire.

Le Directeur

Hélène MADEC-JUSTEAU

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Etat matrimonial : Célibataire, Marié(e), Divorcé(e), Veuvage

Si enfants : (Nom, Prénom, Adresse, n° téléphone)

-
-
-
-

Si pas d'enfants, autres relations familiales :

-
-
-
-

Professions exercées durant la vie active :

Lieux d'activité professionnelle :

Langues pratiquées : Breton, Français, Anglais, Allemand, Autres

Permis de conduire : OUI / NON

Loisirs pratiqués habituellement :

-
-
-
-
-

Activités détestées :

-
-
-
-
-

AIMEZ-VOUS ? (Ne tenez pas compte de vos capacités physiques actuelles)

| | | |
|--|------------------|--|
| Faire la cuisine : | OUI / NON | Plats / Pâtisserie |
| Faire du tricot, du crochet, de la couture : | OUI / NON | Si oui, quoi ? |
| Faire du jardinage : | OUI / NON | |
| Faire du bricolage : | OUI / NON | |
| Faire des jeux de société : | OUI / NON | Si oui, quoi ? |
| Faire des jeux d'adresse : | OUI / NON | |
| Faire des jeux d'esprit : | OUI / NON | |
| Faire des promenades ou sorties extérieures : | OUI / NON | |
| Faire les courses : | OUI / NON | |
| Regarder la télévision : | OUI / NON | Si oui, quel type d'émissions ? |
| Lire : | OUI / NON | Si oui, quel type de livres ? |
| Ecouter de la musique : | OUI / NON | Si oui, quel type de musique ? |
| Chanter : | OUI / NON | |
| Danser : | OUI / NON | |

Suggestions :



HABITUDES DE VIE, ALIMENTATION, HYGIENE...

HABITUDES DE VIE :

A quelle heure aimez-vous vous lever ?

A quelle heure aimez-vous petit-déjeuner ?

A quelle heure aimez être lavé(e) et habillé(e) ?

Aimez-vous faire une sieste l'après-midi ? OUI / NON Si oui, durée ?

A quelle heure aimez-vous vous coucher ?

Aimez-vous lire ou regarder la télévision dans votre lit le soir ? OUI / NON

Pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ou insomnies ? OUI / NON

Prenez-vous des somnifères ? OUI / NON

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Appréciez-vous que l'on souhaite : | Votre anniversaire, | OUI / NON |
| | Votre fête, | OUI / NON |
| | La fête des mères et pères, | OUI / NON |
| | Pâques | OUI / NON |
| | Noël | OUI / NON |

Avez-vous l'habitude d'assister à des offices religieux ? OUI / NON

Si oui, fréquence désirée :

ALIMENTATION :

Aliments et plats préférés :

Aliments et plats détestés :

Allergies alimentaires : OUI / NON Si oui, à quoi ?

Aimeriez-vous participer aux commissions menus organisées par le chef cuisinier de l'établissement (ces commissions permettent aux résidents de donner leurs avis sur les menus, les plats et faire des propositions) ? OUI / NON

HYGIENE :

Aviez-vous l'habitude de vous laver au lavabo ?

Aviez-vous l'habitude de prendre des douches, des bains ?

A quelle fréquence ?

Allez-vous régulièrement chez le coiffeur ? OUI / NON Fréquence :

Allez-vous régulièrement chez la pédicure ? OUI / NON Fréquence :

Allez-vous régulièrement chez l'esthéticienne ? OUI / NON Fréquence :

Aimez-vous vous maquiller ou être maquillée ? OUI / NON

Diriez-vous que vous portez un vif intérêt à votre apparence ? OUI / NON

Le choix des vêtements est-il important pour vous ? OUI / NON

Avez-vous des allergies cutanées : OUI / NON Si oui, à quoi ?

PROBLEMES DE SANTE ET SOUHAITS DE FIN DE VIE :

En cas de problèmes de santé, vers quel hôpital ou clinique souhaitez-vous être orienté(e) ?

- **1^{er} choix :**
- **2^{ème} choix :**
- **3^{ème} choix :**

Personnes à prévenir en cas de problèmes de santé ou décès : (Nom, Prénom, Téléphone)

-
-
-
-
-

Merci de préciser si ces personnes doivent être prévenues quelle que soit l'heure.

Lorsqu'il y a décès, le choc et la douleur des proches rendent difficile une réactivité immédiate. Néanmoins, des décisions doivent être prises rapidement, notamment au regard de certaines préparations (toilette, habillage...). Nous n'avons pas le droit de décider pour vous et ne voulons pas décider pour vous. En conséquence, il est impératif que nous possédions un certain nombre de renseignements.

Avez-vous un contrat obsèques ? OUI / NON

Si oui, auprès de quelle société de Pompes Funèbres ?

En l'absence de contrat obsèques, avez-vous déjà réfléchi aux modalités que vous souhaiteriez ?

➤

Une tenue spécifique est-elle prévue ? OUI / NON Souhait :

Il est souvent difficile d'exprimer ses tristesses et ses troubles. Certaines époques de l'année peuvent renvoyer à des souvenirs douloureux.

Afin de mieux vous comprendre et ainsi pouvoir vous accompagner, si vous souhaitez que nous sachions que votre vie a été marquée par certains événements, vous pouvez nous l'indiquer librement ci-dessous :

➤

Nous vous remercions pour la confiance et le temps passé à remplir ce questionnaire.

Nous essayerons de faire de notre mieux pour vous accompagner tout au long de votre séjour parmi nous.

LE PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT