



Etablissement Hébergeant
des Personnes Agées Dépendantes

Le Bénétoù – 16220 Montbron
Tél : 05 45 70 70 31
E.mail : administration@ehpad-montbron.fr

RECUEIL DE DONNÉES

Vous allez prochainement entrer à l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Montbron. En vue d'établir votre projet d'accompagnement personnalisé, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce document.

Il nous permettra de mieux vous connaître.

Sentez-vous libre de ne renseigner que ce que vous souhaitez nous communiquer.

MOI aujourd'hui.

Je m'appelle.....

Nom de jeune fille :

Je suis né(e) le

A.....

Aujourd'hui, j'habite à

dans : une maison un appartement autre

(précisez).....

J'ai un jardin oui non

Je vis seul(e) oui non

Je suis :	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé (e)
	<input type="checkbox"/> séparé (e)	<input type="checkbox"/> Célibataire
	<input type="checkbox"/> en concubinage	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)

Date du décès de votre conjoint(e)

Une aide à domicile vient chez moi..... oui non

A quelle fréquence ?

Quelles aides vous apporte-t-elle ?

Des amis, voisins viennent souvent me rendre visite oui non

Je vis chez des proches oui non.

Si oui, je vis chez depuis

J'ai un animal domestique oui non, c'est un..... il s'appelle.....

Je souhaite rentrer en maison de retraite pour la raison suivante:

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

Mon parcours institutionnel avant l'entrée (hospitalisations etc.).....

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

MOI dans le passé.

Mon enfance

J'ai grandi à

Mon père exerçait le métier de

Ma mère exerçait le métier de

J'avais frères et sœurs.

Leurs prénoms

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

De mon enfance, je dirais

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

Ma situation familiale

Prénom de mon conjoint.....

Sa profession

J'aienfants.

Ils se prénomment

J'aipetits-enfants. Ils se prénomment

J'ai arrières petits-enfants. Ils se prénomment

Eléments biographiques divers

J'ai travaillé : oui non

J'ai exercé le(s) métier(s) de..... dans
l'entreprise à.....

J'ai eu d'autres activités oui non

Si oui, lesquelles

J'ai vécu à

Certains événements ont fortement marqué ma vie.....

Ma façon d'être

Ce que je peux vous dire de mon caractère et de mes valeurs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mes habitudes de vie

Mon sommeil

Je me lève généralement à

Et je me couche à

J'ai l'habitude de faire une sieste l'après-midi oui non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mon sommeil (position, habitudes, température, luminosité,

traitement

etc.).....

.....

.....

.....

Mes habitudes alimentaires

Habituellement, je prends mon petit déjeuner versh.....,

mon déjeuner àh.....

mon dîner àh.....

Ce que je prends habituellement au petit déjeuner :.....

Au cours de mes repas, j'ai l'habitude de boire (précisez quoi).....

Pour mon goûter, je

bois..... je

mange.....

Au moment du coucher, je bois....., je

mange.....

.....

Les aliments que j'aime particulièrement.....

.....

.....

Ce que je n'aime pas du tout manger.....

.....

.....

J'ai un régime particulier : oui non

Si oui, il a pour origine : Du diabète

- Du cholestérol
- Allergies/intolérances
- Autres (précisez).....

Je mange peu J'ai bon appétit J'ai très bon appétit

Mes aliments sont servis : normalement hachés mixés

J'ai des troubles alimentaires : oui non

Si oui, j'ai connu des périodes d'anorexie de boulimie

Je fais des fausses routes : oui non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes alimentaires.....

Mes habitudes vestimentaires

Je suis frileux(se) oui non

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes vestimentaires...

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

Mon hygiène

J'ai l'habitude : de prendre une douche tous les jours fois par semaine
 de prendre un bain tous les jours fois par semaine
 de faire ma toilette au lavabo tous les jours fois par semaine
 qu'on fasse ma toilette au lit

Ce que je
préfère.....

J'ai des soucis d'incontinence : oui non

J'utilise des protections : occasionnellement en permanence

le jour la nuit le jour et la nuit

Je me fais un shampooing tous les jours.

Je vais chez le coiffeur tous les

Je me maquille oui non

Je vais chez le pédicure : oui non si oui, tous les

Déplacements

Je me déplace : seule(e)
 avec une canne
 avec un déambulateur
 en fauteuil roulant

Mes activités de la vie quotidienne

Je fais mon ménage quotidien : oui non

Je fais mon lit : oui non

Je fais la cuisine: oui non

Je fais mes courses : oui non

Je lave mon linge: oui non

Je conduis mon véhicule : oui non

Je gère seul(e) mon argent : oui non

J'accomplis seul(e) mes formalités administratives : oui non

Occupations de la matinée :

Occupations de l'après-midi :

Occupations de la soirée :

Je voudrais vous préciser autre chose concernant ma vie quotidienne

Mes loisirs

Mes loisirs passés :

Mes loisirs actuels :

Je fais du vélo : oui non

J'aime la marche à pied : oui non

Je fais du jardinage : oui non

J'aime bricoler : oui non

J'aime cuisiner : oui non

J'aime peindre : oui non

J'aime coudre : oui non

J'aime tricoter : oui non

J'aime la musique :

oui non

Ma musique préférée est :.....

Je joue ou je jouais d'un instrument :

oui non

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

J'aime écouter la radio :

oui non

J'aime regarder la télévision :

oui non

J'aime lire :

le journal : oui non

des livres : oui non

des revues : oui non

J'aime les jeux de sociétés : oui non

Si oui, lesquels ?

J'aime l'ordinateur oui non

Je vais sur internet oui non

J'ai d'autres activités.....

Ma santé

Ma vue :

Je porte des lentilles

Je porte des lunettes Je mets un collyre de façon permanente.

Après correction, j'ai une vue correcte je suis malvoyant je suis aveugle

Mon audition:

J'ai une ouïe correcte Je suis malentendant Je suis sourd

J'ai un appareil auditif droit un appareil auditif gauche J'ai les deux

Prothèse dentaire :

J'ai un appareil dentaire : Oui Non

Il est : en haut en bas

Tabac.

Je fume : Oui Non

Si oui, je fume des cigarettes le cigare la pipe

Les intervenants sont:

Médecin généraliste :.....

Infirmier(e) :.....

Auxiliaire de vie :.....

Kinésithérapeute :.....

Dentiste :

Spécialistes :

MOI à la maison de retraite

Mes attentes pour ma vie en EHPAD

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

Nous vous remercions du temps et de l'intérêt que vous avez porté à ce document. Soyez certain(e) que l'ensemble des éléments de ce dossier sera traité avec professionnalisme et ne sera utilisé que dans l'objectif d'améliorer votre prise en soin au sein de votre nouveau lieu de vie.

Merci de nous remettre ce document daté et signé dans les semaines à venir.

Signature :

Le résident

et/ou sa famille

ETAT VACCINAL A L ENTREE DU RESIDENT

VACCIN	DERNIERE INJECTION le	RAPPEL NECESSAIRE	COMMENTAIRES
Diphhtérie-Tétanos-Polio		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Coqueluche		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pneumocoque		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hépatite B		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Grippe saisonnière		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Covid 19		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Zona		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Sources d'information	Oui	Non	Observation
Carnet de vaccination			
Dossier médical antérieur			
Médecin traitant contacté			
Parole résident			
Parole famille			

Suivi recommandé par l'IDE

- Mise à jour vaccinale nécessaire donc médecin traitant à informer.
- A jour
- Information manquante à aller rechercher

ETAT BUCCO-DENTAIRE A L'ENTREE DU RESIDENT

ELEMENTS A OBSERVER	OUI	NON	COMMENTAIRES
Présence de dents naturelles			
Présence de dents cassées/ /cariées/			
Gencives rouge, œdématiées, gingivite.			
Mauvaise haleine			
Présence d'un appareil dentaire en haut			
Présence d'un appareil dentaire en bas			
L'appareil est bien adapté (N'est pas douloureux, ne tombe pas), en bon état			
Difficulté à manger			
Difficulté à avaler			
Douleur signalée dans la bouche			
Brossage quotidien			

Habitude/Autonomie

ELEMENTS	OUI	NON	COMMENTAIRES
Le résident est autonome pour se laver les dents/prothèses			
Le résident possède une brosse à dents et du dentifrice			
Date du dernier RDV dentiste			

Orientation recommandée par l'IDE dès l'entrée :

- RDV dentiste à prendre dès que possible
- A surveiller par équipe soignante
- Pas de problème identifié