



Etablissement Hébergeant
des Personnes Agées Dépendantes

Le Bénétou – 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 : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé (e)
☐ séparé (e) ☐ Célibataire
☐ en concubinage ☐ 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'avaisfrères etsœurs.

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'entrepriseà.....

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'anorexique ☐ 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 joursfois par semaine

☐ de prendre un bain☐ tous les joursfois 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 shampoing 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
Diphtérie-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, œdématisées, 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 macher			
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