

RECUEIL AUTONOMIE HABITUDES DE VIE

Pour bien vous accompagner, nous devons mieux vous connaître.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

SOMMEIL	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas	Commentaires *
Déambulation nocturne					
Rêves, angoisses					
Eveils dans la nuit (pour quelles raisons)					
Réveil spontané Avec l'aide de son réveil					
Sieste					
Habitudes particulières (heure d'endormissement, rituels, besoin de veilleuse ...)					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

REPAS	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas	Commentaires*
Régime particulier					
Texture modifiée					
Mange seul					
Boit seul					
Besoin d'accompagnement au repas					
<u>Préférences alimentaires</u>					
Appétence salé					
Appétence sucré					
Boisson préférée					
Interdits alimentaires ou allergies					
Risque de fausses routes					
Adapte sa ration alimentaire à ses besoins					
Prends du plaisir lors des repas					
Composition du petit déjeuner et habitudes particulières :					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

HYGIENE CORPORELLE	Seul	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale	Commentaires*
<u>Continence</u>					
 Jour					
 nuit					
Lavage du corps					
Lavage des cheveux					
Coiffage					
Séchage					
Rasage					
Maquillage					
Se coupe les ongles					
Brossage des dents ou entretien des prothèses dentaires					
Préfère se laver au lavabo					
<u>Habitudes particulières</u> (moment de la journée, rituels, produit particuliers...)					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

HYGIENE VESTIMENTAIRE	Seul	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale	Commentaires*
Choix des vêtements en fonction des saisons					
En fonction de l'activité					
Habillage					
Différencie le propre du sale					
Peut lacer et mettre ses chaussures					
Porte un intérêt à son apparence vestimentaire					
Habitudes particulières					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

ENTRETIEN	Seul	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale	Commentaires*
Mise au sale du linge					
Peut ranger son armoire					
Peut faire son lit					
Changement des draps					
Entretien de la chambre					
Entretien salle de bains					
Participe aux tâches collectives					
Habitudes particulières					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

SANTE	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas	Commentaires*
Port de lunettes					
Port d'appareil auditif					
Port d'appareil dentaire					
Prise du traitement					
Déplacement extérieur	(Préciser, si cela est justifié) la nature de l'aide : déambulateur, canne, fauteuils roulant, aide humaine...)				

COMPORTEMENT	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas	Commentaires * (précisez le moment de la journée et la fréquence)
Evoque ses difficultés					
Désorientation : Se repère dans le temps					
Se repère dans l'espace					
Trouble du comportement Verbal et/ou physique					
Errance					
Risque de fugue					
Exprime sa douleur					
Gestion du tabac					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

LANGAGE	Oui	Non	Commentaires*
Lecture			
Ecriture			
Compter			
Gestion de l'argent			
Décryptage de l'heure			
Difficultés du langage			
Difficultés de la compréhension			
Troubles de la mémoire			

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

SOCIALISATION	Oui	Non	Parfois	Ne sait pas	Commentaires*
Langage/vocabulaire adapté aux situations et aux personnes					
Attitude adaptée aux situations					
Va-t-il spontanément vers les autres ?					
Apprécie-t-il être en groupe ?					
Peut-il respecter les consignes ?					
Exprime ses choix					
Repère l'interlocuteur adapté à la situation					
Transferts et voyages					
Sorties seul					
Transports en commun					
Maintien des liens familiaux					Appel médiatisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Visite médiatisée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Vie de couple oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Enfants oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Croyances et pratiques religieuses:					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.

LOISIRS	Commentaires/Fréquences*
Télévision	
Sports	
Musique	
Arts et littérature	
Informatique / Internet	
Autres	

Si admission	Seul	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale	Commentaires*
Gestion des objets personnels : (téléphone, ordinateur,..)					
Argent personnel/Budget mensuel :					
Dispositions bancaires (CB, carte de retrait, virement)					

*Pour une meilleure prise en charge, merci d'être le plus précis possible dans chaque commentaire.