

Résidence « Doux Séjour »

2 rue de Roubaix

59410 ANZIN

☎ 03 27 28 19 59

LIVRET DE VIE

Appartenant à :

PHOTO DU RESIDENT

Mis à jour le 7 janvier 2011 avec Mme PAGNIEZ IDE



VOTRE ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu :

Adresse :

Etes-vous :

Marié(e)

Célibataire

Vie maritale

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Date de décès du conjoint :

Avez-vous des enfants ?

Oui

Non

Combien ?

Quelle profession avez-vous exercée ?

Vivez-vous seul(e) ?

Oui

Non

Si non, avec qui ?

Votre organisme de prise en charge sociale :

Votre mutuelle :

Bénéficiez-vous de l'aide sociale ?

Oui

Non

Désirez-vous pratiquer une religion ?

Oui

Non

Si oui, laquelle

Vivez-vous :

à la ville

à la campagne



VOS CONTACTS, LOISIRS, SORTIES.

Avez-vous des contacts avec :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - vos voisins | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - des amis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - votre famille
(autres que vos enfants) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Aimez-vous regarder la télévision ? Oui Non

Quand ? Matin 🍏 Midi 🍏 Soir 🍏

Aimez-vous écouter la radio ? Oui Non

Aimez-vous lire ? Oui Non

Quel genre de livres ou revues ?

Aimez-vous le sport ? Oui Non
Lequel ?

En pratiquez-vous ? Oui Non
Lequel ?

Aimez-vous les sorties ? Oui Non

Quel genre de sorties ?

Quelles sont les activités que vous avez l'habitude de pratiquer ?

🍏 Jeux de sociétés

🍏 Tricot, couture

🍏 Travaux manuels

🍏 Promenades

🍏 Musique

🍏 Voyages

🍏 Jardinage

🍏 Autre (à préciser)

Faites-vous partie ou avez-vous fait partie :

🍏 D'un club

🍏 D'une association

🍏 D'une chorale

🍏 Autre (à préciser)

Allez-vous régulièrement chez votre coiffeur ?

Oui

Non

A quelle fréquence ?





COMMENT SE DEROULE VOTRE JOURNEE ?

LE MATIN

A quelle heure vous levez-vous ?

De quoi se compose votre petit déjeuner ?

Quelles sont vos activités ?

LE MIDI

De quoi se compose votre déjeuner ?

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| - entrées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - viande | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - poisson | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - légumes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - fromage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - dessert | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Quels sont les aliments que vous détestez ?

Quels sont vos plats préférés ?

Que buvez-vous et à quelle quantité ?

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 🍏 eau | 🍏 café | 🍏 tisane |
| 🍏 vin | 🍏 thé | 🍏 bière |

🍏 Autres (à préciser)

Avez-vous l'habitude de manger entre les repas ?

Oui

Non

Si oui, quoi ?

Avez-vous des allergies ?

Oui

Non

Avez-vous des particularités ?

Problèmes dentaires

Régime mixé

Régime haché

Suivez-vous un régime ?

Oui

Non

Lequel ?

Le suivez-vous ?

Oui

Non

Parfois

Toujours

Jamais

Fumez-vous ?

Oui

Non

Quelles sont vos activités de l'après-midi ?

Faites-vous une sieste ?

Si oui à quelle heure ?

Participez-vous ?

Au ménage

Oui Non

Quoi :

Aux courses

Oui Non

Aux repas

Oui Non

Quoi :

LE SOIR

De quoi se compose votre dîner ?

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| - entrées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - viande | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - poisson | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - légumes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - fromage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - dessert | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Quelles sont vos habitudes dans la soirée ?

Quelles sont vos habitudes au coucher ?

A quelle heure vous couchez-vous ?



VOTRE HYGIENE DE VIE

Quelles sont vos habitudes et à quel rythme ?

À quelle heure ?

- | | | | |
|------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 🍏 Au lavabo | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 À la baignoire | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 À la douche | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 Shampooing | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 Rasage | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 Maquillage | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |
| 🍏 Bijoux | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 3/Semaine | <input type="checkbox"/> 1/semaine |

Quelles sont vos habitudes vestimentaires ?

- | | | | |
|------------------|--------------------|---------------------|------------|
| 🍏 Sous vêtements | 🍏 Maillot de corps | 🍏 Bas de contention | 🍏 Bas |
| 🍏 Collants | 🍏 Combinaison | 🍏 Robe | 🍏 Jupe |
| 🍏 Costume | 🍏 Jogging | 🍏 Chemisier | 🍏 Gilet |
| 🍏 Tablier | 🍏 Bleu de travail | 🍏 Chemise de nuit | 🍏 Pyjama |
| 🍏 Mis bas | 🍏 Chaussettes | 🍏 Jean | 🍏 Pantalon |
| 🍏 Pull | 🍏 Tee shirt | | |



SIGNES PARTICULIERS

- Portez-vous des lunettes ? Oui Non
- Un appareil auditif Oui Non
Si oui, droite gauche
- Un appareil dentaire Oui Non
Si oui, Haut Bas
- Le supportez-vous ? Oui Non
- Utilisez-vous des produits spécifiques Oui Non
Lesquels ?

Pour vos déplacements :

- Autonomie Oui Non
- Déambulateur Oui Non
- Fauteuil roulant Oui Non

Gérez-vous seul (e) votre traitement ?

Oui

Non

Que détestez-vous le plus ?

Qu'est ce qui vous fait rire ?

Qu'est ce qui vous fait pleurer ?

Qu'est ce qui vous angoisse ?

Qu'est ce qui vous fait peur ?

Qu'est ce qui vous met en colère ?

Avez-vous d'autres indications à nous fournir ?



EN CAS D'URGENCE

Qui désirez-vous prévenir ?

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Prévenir la nuit ?

Oui

Non

Pour nous savoir

	NOMS	N° DE TELEPHONE	ADRESSE
OPHTALMOLOGUE			
CARDIOLOGUE			
DERMATOLOGUE			
ORL			
PSYCHIATRE			
DENTISTE			
PEDICURE			
KINESITHERAPEUTE			
AUTRES			