

Carnet de vie de

Madame.....

Date d'arrivée :

Logo de votre institution

Madame,

Vous trouverez ci-joint un questionnaire nous permettant de mieux vous connaître.

Nous vous remercions d'avance pour le temps que vous allez y consacrer.

Nous sommes conscients que ce type de questionnaire n'est pas toujours facile à remplir.

Si pour l'une ou l'autre raison, vous préférez nous répondre oralement, nous sommes disponibles pour un temps de discussion avec vous.

Notre intention est d'apprendre à mieux vous connaître pour mieux vous accompagner et vous proposer des activités porteuses de sens. Si une question vous paraît trop indiscrete vous n'êtes pas obligée d'y répondre. Toutes les informations contenues dans ce formulaire sont soumises au secret professionnel partagé.

Bien à vous,

Les équipes de soins

Informations générales

Fiche signalétique

Comment souhaitez-vous que nous vous appelions ?

Quel était votre dernier lieu de vie lors des 6 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ Maison | ☐ Résidence service |
| ☐ Appartement | ☐ Hôpital |
| ☐ Maison de repos | ☐ Autre : |

Quelle est votre date de naissance ?

Où êtes-vous née ?

Quelle est votre langue maternelle ?

Quelle est votre langue de communication ?

Quelles sont vos convictions philosophiques ?

Êtes-vous pratiquante ? ☐ Oui ☐ Non

Vos convictions philosophiques occupent-elles une place importante dans votre vie ?

Conditions d'entrée

Aviez-vous déjà envisagé une entrée en maison de repos et de soins ? ☐ Oui ☐ Non

Comment et pourquoi la décision d'entrée en maison de repos et de soins a-t-elle été prise ?

Par qui la décision finale a-t-elle été prise ?

- ☐ Par vous
- ☐ Par votre entourage : qui ?
- ☐ Par un soignant : qui ?

Etes-vous d'accord avec cette décision ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est votre vécu par rapport à votre admission à Sainte-Monique ?

Attentes

Que pensez-vous des maisons de repos et de soins ?

Avez-vous des inquiétudes concernant votre entrée, et si oui lesquelles ?

Avez-vous des attentes particulières, et si oui lesquelles ?

Habitudes de vie

Alimentation

Quel est votre plat préféré ?

Quel est votre dessert préféré ?

Dans quelle pièce préférez-vous prendre :

Votre petit-déjeuner ?

- ☐ Chambre
- ☐ Living
- ☐ Autre :

Votre dîner ?

- ☐ Chambre
- ☐ Living
- ☐ Cafétéria
- ☐ Autre :

Votre souper ?

- ☐ Chambre
- ☐ Living
- ☐ Autre :

Qu'aimez-vous boire ?

Au petit-déjeuner :

- ☐ Café
 - ☐ Sucre
 - ☐ Lait
- ☐ Thé
 - ☐ Lait
 - ☐ Sucre
- ☐ Jus de fruits
 - ☐ Pomme
 - ☐ Orange
- ☐ Autre :

Au dîner :

- ☐ Bière
- ☐ Vin :
 - ☐ Blanc
 - ☐ Rouge
- ☐ Jus
- ☐ Eau :
 - ☐ Plate
 - ☐ Pétillante
- ☐ Limonade
- ☐ Autre :

Au souper :

- ☐ Eau :
 - ☐ Plate
 - ☐ Pétillante
- ☐ Café
 - ☐ Lait
 - ☐ Sucre
- ☐ Thé
 - ☐ Lait
 - ☐ Sucre
- ☐ Autre :

Qu'aimez-vous manger ?

Au petit-déjeuner :

- ☐ Pain
 - ☐ Blanc
 - ☐ Gris
- ☐ Garniture :
 - ☐ Sucrée
 - ☐ Salée
- ☐ Yaourt
- ☐ Fruit
- ☐ Autre :

Au souper :

- ☐ Soupe
- ☐ Pain
 - ☐ Blanc
 - ☐ Gris
- ☐ Garniture :
 - ☐ Sucrée
 - ☐ Salée
- ☐ Yaourt
- ☐ Fruit
- ☐ Autre :

Diriez-vous que vous mangez :

- ☐ En petite quantité
- ☐ En quantité classique
- ☐ En grande quantité

Qu'est ce qui est important pour vous dans un repas chaud ?

Avez-vous des aliments que vous n'aimez pas ? Et si oui, lesquels ?

Souhaitez-vous nous faire part d'autres habitudes alimentaires ?

Hygiène

Le moment de la toilette est-il un moment agréable pour vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment vous lavez-vous ?

☐ Bain ☐ Douche ☐ Lavabo ☐ Pas de préférence ☐ Autre :

A quel moment de la journée aimez-vous vous laver ?

A quelle fréquence vous lavez-vous ?

- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par jour

Souhaitez-vous nous préciser d'autres habitudes liées à l'hygiène ?

Apparence

Quel genre de vêtements aimez-vous porter ?

Aimez-vous :

- | | |
|--|--|
| ☐ Mettre du parfum | ☐ Mettre de la crème |
| ☐ Porter des bijoux | ☐ Vous épiler |
| ☐ Vous raser | ☐ Vous maquiller |
| ☐ Porter des accessoires | ☐ Autres : |

Sommeil

Heure de lever :

Heure de coucher :

Quels sont vos rituels au réveil ?

Quels sont vos rituels pour vous endormir ?

Faites-vous la sieste ? ☐ Oui ☐ Non

A quelle heure ?

Durée moyenne de votre sieste ?

Souhaitez-vous nous préciser d'autres habitudes liées au sommeil ?

Qui êtes-vous ?

Personnalité

Comment vous définiriez-vous ?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ Dynamique | ☐ Résignée | ☐ Fatiguée | ☐ Curieuse |
| ☐ Joyeuse | ☐ Apaisée | ☐ Enjouée | ☐ Déterminée |
| ☐ Optimiste | ☐ Tourmentée | ☐ Stressée – angoissée | ☐ Solitaire |
| ☐ Pessimiste | ☐ Apathique | ☐ Volontaire | ☐ Sociable |
| ☐ Introvertie | ☐ Extravertie | ☐ Détendue | ☐ Nerveuse |
| ☐ Autres : | | | |

Quels sont vos talents ?

Y a-t-il des choses qui vous rendent triste ?

Qu'est-ce qui vous fait rire ?

Y a-t-il des choses qui vous irritent ?

Y a-t-il des choses qui vous font peur ?

Loisirs

Pratiquez-vous dans votre quotidien des activités qui vous font plaisir ?

- ☐ Non ☐ Oui : Lesquelles et avec qui ?

Y a-t-il des activités que vous ne pratiquez plus et qui vous tiennent à cœur ?

- ☐ Non ☐ Oui : Lesquelles ?

Quels sont vos centres d'intérêt, passe-temps, sujets de conversation favoris ?

Y a-t-il des activités que vous détestez ?

Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui vous intéressent ?

Activités artistiques et manuelles

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Peinture | ☐ Musique | ☐ Cuisine | ☐ Tricot/Couture |
| ☐ Dessin | ☐ Bricolage | ☐ Jardinage | ☐ Ecriture |
| ☐ Autres : | | | |

Activités musicales

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| ☐ Chant | ☐ Musique classique | ☐ Instruments de musique |
| ☐ Variété | ☐ Opéra | ☐ Percussion - Rythme |
| ☐ Autres : | | |

Activités physiques

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Vélo | ☐ Relaxation | ☐ Danse | ☐ Pétanque |
| ☐ Ping-pong | ☐ Jeux de ballons | ☐ Promenade | ☐ Natation |
| ☐ Bowling | ☐ Jeux d'adresse | ☐ Yoga | ☐ Gymnastique |
| ☐ Autres : | | | |

Activités socio-culturelles

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|---|--|
| ☐ Concert | ☐ Théâtre | ☐ Lecture | ☐ Bibliothèque |
| ☐ Opéra | ☐ Musée | ☐ Poésie | ☐ Voyage |
| ☐ Cinéma | ☐ Restaurant | ☐ Débat et discussion | ☐ Activité pastorale |
| ☐ Autres : | | | |

Jeux

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Jeux de hasard | ☐ Jeux de chiffres | ☐ Jeux de mémoire | ☐ Jeux de cartes |
| ☐ Quiz | ☐ Jeux de dés | ☐ Jeux de lettres | ☐ Jeux de société |
| ☐ Autres : | | | |

Aimeriez-vous participer à la gestion de la maison ? ☐ Oui ☐ Non
Comment l'envisagez-vous ?

Avez-vous des demandes particulières en termes d'activités ?

Histoire personnelle

Famille et entourage

Présentez-nous votre famille :

	Prénom	Qualité de la relation
Mère		
Père		
Frères et sœurs		

Êtes-vous :
☐ Mariée ☐ Cohabitante ☐ Veuve
☐ Divorcée ☐ En relation ☐ Célibataire

Quels sont le prénom et la profession de votre conjoint ?

Votre situation familiale a-t-elle évolué au cours des années ?

Avez-vous des enfants et petits-enfants ?

Prénoms des enfants	Prénoms des petits-enfants qui y sont associés

Quelles relations entretenez-vous avec vos enfants et petits-enfants ?

Avez-vous des contacts fréquents avec les membres de votre famille ?
Quelle est la fréquence ?

Avez-vous eu ou avez-vous des animaux de compagnie chers à vos yeux ?

Parcours de vie

Où avez-vous vécu :

Dans votre enfance ?

Dans votre vie adulte ?

Jusqu'à quel âge êtes-vous allé à l'école ?

Avez-vous suivi une formation ou des études supérieures ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quelle(s) matière(s) ?

Quelles sont les professions/activités que vous avez exercées ?

Quelle place votre activité principale (professionnelle ou familiale) prenait dans votre vie ?

A quel âge avez-vous arrêté de travailler et comment avez-vous vécu le passage à la retraite ?

Quels sont les accomplissements dont vous êtes la plus fière dans votre vie ?

Quels sont les événements les plus marquants de votre vie ?

Y a-t-il d'autres éléments de votre histoire de vie que vous souhaitez partager avec nous ?

Projets futurs

Projets de vie

Que souhaitez-vous faire des prochaines années de votre vie ?

Y'a-t-il des projets que vous souhaiteriez accomplir ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels ?

Projets de fin de vie

Avez-vous déjà envisagé votre fin de vie ?

- ☐ Oui, j'ai entamé des démarches de mon côté à ce sujet
- ☐ Oui, j'y ai déjà pensé et aimerais entamer des démarches
- ☐ Non, mais je voudrais qu'on m'en parle
- ☐ Non, je ne souhaite pas y penser pour le moment
- ☐ Autre :

Avez-vous des desideratas concernant votre fin de vie ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels ?

Merci pour le temps que vous nous avez consacré !

Accord de Confidentialité

En signant ce formulaire, je soussignée Mme/M..... (résident/représentant de Mme/M.....) autorise les intervenants des services, ... et à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire. Je comprends que, dans ce contexte, la diffusion de ces informations au sein de la Maison de repos favorise un accompagnement personnalisé, proactif et flexible. Le contenu de ce formulaire permettra aux équipes de prendre en compte la personnalité, l'histoire de vie et les centres d'intérêt de chacun. Toutes ces informations sont soumises au secret professionnel partagé.

Fait à, le

Signature du résident ou de la personne le représentant :

Signature de l'intervenant ayant aidé à compléter ce formulaire, s'il y a lieu :