



COLISEE

« *Parlez-nous un peu de vous...* »

VOTRE IDENTITÉ

NOM _____

Prénom _____

VOTRE SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)

Veuf(ve)

Depuis quelle année ? _____

Divorcé(e)

Depuis quelle année ? _____

Votre date de naissance : ____ / ____ / ____

Votre lieu de naissance : _____

VOUS ETES ICI POUR UN SEJOUR

Résidentiel

Résidentiel avec option de retour à domicile

Critères de retour convenus : _____

Temporaire du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Urgence date d'entrée ____ / ____ / ____

Accueil de jour

Occasionnel

Régulier : jours souhaités _____



VOUS VENEZ DE ...

- Votre domicile personnel
- Le domicile d'un de vos enfants
- Convalescence
- Une maison de retraite
- L'hôpital

PARLEZ DE VOTRE FAMILLE OU DE VOS PROCHES

Nombre enfants _____ filles _____ garçons _____

Nombre de petits-enfants _____

Nombre d'arrière-petits-enfants _____

Quel est le nom de l'enfant (ou d'un ami proche) que vous souhaitez que nous contactions en premier lieu si besoin ? : _____

Ses coordonnées :

Adresse : _____

Code postal et Ville : _____

Tél : _____

E-mail : _____ @ _____

VOTRE VIE

Votre profession antérieurement exercée :

Par vous-même : _____

Par votre conjoint : _____

Racontez-nous les événements marquants de votre vie _____



PARLEZ-NOUS DE VOS HABITUDES

Votre religion

Etes-vous pratiquant(e) ?

- Oui
 Non

Souhaitez-vous la visite d'un prêtre (ou du ministre du culte de votre choix) ?

- Oui
 Non

Vos habitudes (que faisiez-vous et à quelle heure ?)

L'heure de votre lever ____h____

L'heure du petit-déjeuner ____h____

L'heure du déjeuner ____h____

Vos occupations de la matinée : _____

Votre émission de radio ou/et de télévision préférée :

Titre émission : _____

Heure : ____h____

Chaîne / station : _____

Faisiez-vous la sieste ?

- Oui
 Non

Vos occupations de l'après-midi : _____

L'heure de votre dîner : ____h____

Vos occupations de la soirée : _____

L'heure de votre coucher : ____h____



Dormez-vous bien ?

- Oui
- Non

Quelle température souhaitez-vous dans votre chambre la nuit ? _____

Avez-vous des activités favorites ? (lecture, mots croisés, informatique, tricot....)

Votre alimentation

Avez-vous un régime alimentaire particulier

- Sans sel
- Diabétique
- Hypocalorique
- Hypercalorique

Y-a-t-il des plats à éviter ? _____

Y a-t-il des plats que vous aimez particulièrement ? _____

VOTRE AUTONOMIE

Comment vous déplacez-vous ?

- Seul
- Avec aide
- Avec une canne
- Avec un déambulateur
- En fauteuil roulant

Vous marchez : dans la chambre dans le couloir

Vous êtes autonome



Votre vue est-elle ?

- Bonne
- Déficiente
- Très déficiente
- Gravement atteinte

Avez-vous des lunettes ?

- Oui
- Non

Nombre de paires : _____

Description des lunettes _____

N° référence des lunettes _____

Votre audition est :

- Bonne
- Déficiente
- Très déficiente

Avez-vous des prothèses ?

- Oui. *Précisez :*
 - gauche
 - droite
- Non

Avez-vous des prothèses dentaires ?

- Oui. *Précisez :*
 - en haut
 - en bas
- Non

Avez-vous des soucis d'incontinence ?

- Oui. *Précisez :*
 - partielle
 - totale
- Non