

Mes problèmes particuliers :

J'ai des problèmes d'incontinence : oui non

Urines Selles Le jour La nuit

Mon ressenti par rapport à cette incontinence :

Matériel nécessaire :

Montauban Urinal Bassin Autre

Etui pénien Sonde urinaire

Protections utilisées :

J'ai habituellement des problèmes de transit : oui non

Constipation Diarrhée Hémorroïdes Prolapsus

Précisez le traitement habituel :

J'ai des problèmes de mobilité : oui non

Je marche sans aide Je marche avec aide

Handicap spécifique :

Risque chutes : oui non **Peur de chuter :** oui non

Aide nécessaire :

Personnel Canne Déambulateur

Fauteuil roulant : autonome accompagné

Potence Barrière Système Transi

Lève personne Verticalisateur Autre :

Prescription Médicale

Barrières de lit Lit Alzheimer Moyen de contention

Bas Chaussettes de contention Ceinture de maintien

J'ai des problèmes de respiration : oui non

Handicap connu :

Matériel spécifique :

Médication spécifique :

J'ai des problèmes de douleurs: oui non

Localisation :

Médication spécifique :

J'ai des problèmes de mémoire : oui non

Précisez :

Je suis capable de m'occuper moi-même de mes médicaments :

oui non

Les soins corporels et le suivi médical



NOM
Prénom

Mes habitudes de toilette :

	J'apprécie	Je n'aime pas	Fréquence souhaitée
Toilette quotidienne			
Bains			
Douches			
Shampooing			
Bain de pieds			

J'ai des problèmes de peau : oui non

Localisation :

J'ai des allergies : oui non

Précisez :

Mes produits usuels de toilette sont :

Qui les achète ? Vous Votre famille

Ils peuvent être fournis par le personnel : oui non

Mes habitudes esthétiques et de soins :

Pédicure : Professionnel :

Fréquence :

Cors ongles incarnés mycoses unguéales

Esthéticienne : Professionnel :

Fréquence :

Épilation visage Manucure

Autres soins :

Coiffeur : Professionnel :

Fréquence :

Habitudes de coiffure :

Vécu aide à la toilette : J'accepte l'aide Je me sens gênée

Je ne tient pas à être aidée

Mon heure de toilette habituelle :

AIDE TOILETTE

HAUT	Seul	lavabo
DOS	Aide ponctuelle	
BAS	Aide majeure	lit

Habitudes de rasage : Moustache Barbe

Rasoir électrique Rasoir mécanique Après rasage

Habitudes de maquillage : Rouge à lèvres Masque hydratant

Fond de teint Fard paupières Autre :

Soins de la bouche : j'utilise une brosse à dents Solution dentaire

Prothèses dentaires : HAUT BAS

Aide à l'installation : oui non Pate à fixer : oui non

J'entretiens mes prothèses dentaires : oui non

J'utilise les produits d'entretien suivants :

Mes habitudes vestimentaires importantes :

Tenue du dimanche : oui non

Accessoires importants : (bijoux)

Chaussage habituel :

Vêtements détestés :