

Histoire de vie



Pour nous apprendre
à vous connaître ...

Nous vous remercions de nous indiquer ce qui vous paraît important de nous être signalé afin de permettre un meilleur accompagnement.

NOM Prénom :

Date du recueil :

Rempli par :

Avec le Résident : oui non

Sommaire



VOTRE ENTREE à l'EHPAD

Les services administratifs

Vos choix de professionnels extérieurs intervenant à l'EHPAD

La personne de confiance

Le service restauration

L'équipe du service restauration

Mes habitudes alimentaires

Mon espace privé

L'entretien de mon espace privé:
Ma chambre, mon linge, les dépannages

Mes habitudes dans mon espace privé :
Mon ménage

Mes habitudes dans mon espace privé :
Mon linge

Les soins corporels et le suivi médical

L'équipe de soins

Mes habitudes de toilette, d'esthétique et de soins

Mes habitudes d'habillement

Mes difficultés particulières

L'animation à MON REPOS

Mes activités, mes occupations, mes loisirs

Quelques éléments de ma biographie

L'équipe d'animation et de soins thérapeutiques

Quelques points de repère pour ma journée

Mes habitudes de repos, mon sommeil

Mes directives pour les prochaines années

MES CHOIX d'INTERVENANTS

NOM Prénom - Fréquence rendez-vous

MEDECIN TRAITANT	
KINESITHERAPEUTE	

MEDECINS SPECIALISTES

CARDIOLOGUE	
NEUROLOGUE	
RHUMATOLOGUE	
OPHTALMOLOGUE	
PSYCHIATRE	

DENTISTE	
PEDICURE	
COIFFEUR	
ESTHETICIENNE	

TAXI	
AMBULANCE	

HOPITAL	
CLINIQUE	