



RECUEIL D'INFORMATIONS ET CONSENTEMENT A remplir avant l'entrée

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la personne remplissant le présent formulaire :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Coordonnées des personnes à prévenir par ordre de priorité en cas de nécessité				
NOM et Prénom	Adresse	Téléphone	Mail	Lien avec le résident

Caisse d'assurance maladie :

Régime de l'assurance maladie :

Mutuelle :

Histoire de vie du résident (enfance, adolescence, métiers exercées, vie familiale, évènements et faits marquants...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Habitudes alimentaires :

Régime(s) prescrit(s) : Non Oui Le(s)quel(s) :

Vaisselles ergonomiques : Non Oui Le(s)quel(s) : couverts, verre, paille, autres...

<p><u>Petit déjeuner :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Lait <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Biscottes <input type="checkbox"/> Casse-croûtes <input type="checkbox"/> Beurre <input type="checkbox"/> Confiture <input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p><u>Repas :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Haché <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Autre.....</p> <p><u>Compléments Alimentaires :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hyper-protéinés <input type="checkbox"/> Autres</p> <p><u>Goûts/Dégoûts alimentaires :</u></p> <p>Plat préféré :</p> <p>Ne mange pas :</p>
<p>Allergie(s) Alimentaire(s) connue(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, le(s)quelle(s) :</p>	
<p>Soins / Confort du résident</p> <p><input type="checkbox"/> Présence de lumière la nuit <input type="checkbox"/> Laisser les stores ouverts <input type="checkbox"/> Protèges barrières <input type="checkbox"/> Téléphone à portée de main <input type="checkbox"/> Autres habitudes spécifiques : </p>	<p>Hygiène et soins buccodentaires</p> <p>Présence de dents : Prothèse dentaire en haut : Prothèse dentaire en bas : Nom du dentiste : Date de la dernière consultation : Objet de la consultation : Pratique courante de l'hygiène buccodentaire à domicile : Brossage des dents Nettoyage des prothèses Bain de bouche</p>

<p>Gestion du courrier</p> <p>A qui la clé de la boite aux lettres doit-elle être remise ?</p> <p>Faut-il remettre le courrier directement au résident ou à un membre de sa famille (nom de la personne à préciser) ?</p>
--

Habitudes de vie :

- Lever à
 Lecture du journal : Non Oui, lequel :
- Emissions TV Préférées
- Sieste
 Faisait son lit à domicile
- Types d'activités domestiques encore pratiquées
- Participation à un Culte
- Pratique d'une activité sportive :
- Autre(s) Activité(s).....

Prestations

Pharmacie devant fournir les médicaments :

- Pharmacie de Sixt-sur-Aff (avec laquelle l'EHPAD a conclu une convention de sécurisation)
 Autre = Approvisionnement à gérer par le résident ou un de ses proches) :
.....(Nom de la pharmacie et de la personne en charge de l'approvisionnement)

Préparation des médicaments : Par le résident Par les infirmières de l'EHPAD

Coiffeur :

- Sixt/Aff NOM et n° de téléphone :
 Autre (géré par la famille) NOM et n° de téléphone :

Pédiatrie : Pipriac : M. BOUENNEC Redon : Mme MOISON Autre (géré par la famille, si RDV prévu par la famille : prévenir l'EHPAD) NOM et n° de téléphone :

Taxi : Sixt/Aff Autre (géré par la famille) NOM et n° de téléphone :

Pompes funèbres :

Date et signature du résident (vaut consentement) :