



# **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, événements et faits marquants...) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Habitudes alimentaires :**

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

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

<p><b><u>Petit déjeuner :</u></b></p> <p> <input type="checkbox"/> Café  <input type="checkbox"/> Thé  <input type="checkbox"/> Lait  <input type="checkbox"/> Chocolat  <input type="checkbox"/> Autre .....         </p> <p> <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><b><u>Repas :</u></b></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><b><u>Compléments Alimentaires :</u></b></p> <p> <input type="checkbox"/> Hyper-protéinés  <input type="checkbox"/> Autres .....         </p> <p><b><u>Goûts/Dégouts alimentaires :</u></b></p> <p>Plat préféré : .....</p> <p>Ne mange pas : .....</p>
<p><b><u>Allergie(s) Alimentaire(s) connue(s) :</u></b></p> <p> <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui         </p> <p>Si oui, le(s)quelle(s) : .....</p>	
<p><b><u>Soins / Confort du résident</u></b></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><b><u>Hygiène et soins buccodentaires</u></b></p> <p>Présence de dents :</p> <p>Prothèse dentaire en haut :</p> <p>Prothèse dentaire en bas :</p> <p>Nom du dentiste :</p> <p>Date de la dernière consultation :</p> <p>Objet de la consultation :</p> <p>Pratique courante de l'hygiène buccodentaire à domicile :</p> <p style="padding-left: 40px;">             Brossage des dents              Nettoyage des prothèses              Bain de bouche         </p>

<p><b><u>Gestion du courrier</u></b></p> <p>A qui la clé de la boîte 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 :*

**Pédicure :** ☐ 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) :**