

Habitudes alimentaires :

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

Petit déjeuner :

- Café
- Thé
- Lait
- Chocolat
- Autre
-

- Pain
- Biscottes
- Casse-croûtes
- Beurre
- Confiture
- Autre :

Repas :

- Normal
- Haché
- Mixé
- Eau gélifiée
- Autre.....

Compléments Alimentaires :

- Hyper-protéinés
- Autres
-
-

Goûts/Dégoûts alimentaires :

Allergie(s) Alimentaire(s) connue(s) : Non Oui

Le(s)quelle(s) :

Soins / Confort du résident

- Présence de lumière la nuit
- Laisser les stores ouverts
- Protèges barrières
- Téléphone à portée de main
- Autres habitudes spécifiques :

Hygiène et soins buccodentaires

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

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).....
.....
.....

Gestion du courrier

A qui la clé de la boîte aux lettres doit-elle être remise ?

Faut-il remettre le courrier directement au résident ou à un membre de sa famille (nom de la personne à préciser) ?

Prestations

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

Coiffeur :

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

Pédicure : Pipriac : Mme CHEVÉ 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 :