

Nom :

Date :

## Vos habitudes de vie chez vous

### Votre lever :

- Votre heure de lever : .....
- Avez-vous des habitudes particulières lors de votre lever ? .....

### Votre petit déjeuner :

- A quelle heure prenez-vous votre petit-déjeuner ? .....
- Prenez-vous les petit-déjeuners :
  - Au lit  A table
- Comment se compose votre petit-déjeuner ? .....
- Prenez-vous une collation à 10h :
  - Oui  Non

### Votre toilette :

- A quelle heure faites-vous votre toilette ? .....
- Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ? .....
- Avez-vous une préférence quant au sexe de la personne qui vous propose une aide à la toilette ?
  - Masculin  Féminin  Indifférent
- Comment avez-vous l'habitude de vous laver ?
  - Douche  Lavabo  Bain  Autre : .....

### Votre habillage :

- Avez-vous des préférences quand vous choisissez vos habits ? .....
- Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ? .....
- Avez-vous l'habitude d'aller chez le coiffeur ? A quelle fréquence ? .....
- Coupe  Mise en pli  Permanente  Teinture
- Avez-vous l'habitude de porter ?
  - Bijoux  Parfum  Maquillage
- Portez-vous des protections contre l'incontinence ? .....
- Oui  Non

Document rempli par : .....

Nom :

Date :

**Vos déplacements :**

•Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer :

à l'intérieur  à l'extérieur

•Utilisez-vous du matériel adapté pour vos déplacements (ex : canne, déambulateur, fauteuil) ?

.....  
.....

**Vos activités du matin :**

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

**Votre repas de midi :**

•A quelle heure prenez-vous votre repas de midi ?.....

•Avez-vous des préférences alimentaires ?.....

.....

•Avez-vous des dégoûts ?.....

.....

•Quelle est votre boisson préférée ?.....

•Suivez-vous un régime particulier ?.....

•Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos repas ?.....

•Quelle est la texture de vos aliments ?

normale  hachée  mixée

**Vos activités de l'après-midi :**

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

•Avez-vous l'habitude de faire la sieste ?.....

•Avez-vous l'habitude de prendre un goûter et si oui, lequel ?.....

.....

**Votre repas du soir :**

•A quelle heure prenez-vous votre repas du soir ?.....

•Avez-vous des préférences dans la composition de ce repas ?.....

.....

Document rempli par :.....

Nom :

Date :

**Vos activités de la soirée :** .....

.....

**Vos habitudes de sommeil :**

• A quelle heure allez-vous vous coucher ?.....

• Avez-vous des habitudes particulières au moment du coucher ?.....

.....

• Avez-vous besoin d'aide pour vous coucher ?.....

• Avez-vous l'habitude de vous lever la nuit ?.....

• Avez-vous des habitudes particulières la nuit ?

je regarde la TV au lit

je dors avec une veilleuse

je garde mes prothèses dentaires

je mets une deuxième couverture

autre : .....

**Renseignements complémentaires :**

• Portez-vous des :

lunettes

prothèses auditives

• Etes-vous frileux :

Oui  Non

• Etes-vous :

droitier

gaucher

ambidextre

Document rempli par : .....