

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 : .....