



QUESTIONNAIRE

INFORMATIONS ET HABITUDES DE VIE

I. Informations administratives

NOM

Prénom

Date de naissance

N° portable

Personne de confiance

Lien de parenté

Adresse

N° Portable

Email

Médecin traitant

Coordonnées

Autres intervenants médicaux et paramédicaux

.....

.....

NOM & Prénom :

II. Informations médicales

Traitement(s) en cours

.....

.....

Allergies

.....

.....

Risques particuliers Chute

Fausses routes

Fuite

Troubles du comportement - Précisez :

.....

.....

Autres :

.....

.....

.....

Aides techniques et appareillage Canne Lunettes de vue

Déambulateur Appareil auditif

Fauteuil Dentier

Autres :

.....

Régime particulier

.....

NOM & Prénom :

III. Habitudes de vie

Heure de lever	.....
Heure de coucher	.....
Heure de sieste (si concerné)	.....
Préférences alimentaires	...............
Activités favorites	...............
Animal de compagnie (si concerné)	..... .....

IV. Vie émotionnelle

Éléments rassurants

.....

.....

**Situations stressantes
et sources d'angoisse**

.....

.....

NOM & Prénom :

V. Autonomie

Déplacements intérieurs	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Transferts	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Élimination	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Repas	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Sorties extérieures	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Moyens de communication (Alerter)	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....
Orientation et cohérence	<input type="checkbox"/> Autonome	Remarques :
	<input type="checkbox"/> Aide partielle	.....
	<input type="checkbox"/> Aide totale	.....

NOM & Prénom :

VI. Matériel personnel

Télévision

Frigo personnel

Meubles personnels

.....

.....

.....

.....

**Objets affectifs
ou de valeur**

.....

.....

.....

.....

Autres

.....

.....

.....

.....

VII. Directives anticipées

Les directives anticipées ont-elles été rédigées ? Oui (Si oui, joindre la copie au questionnaire)
 Non

Lien d'information : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

NOM & Prénom :

VIII. Engagement de la famille (2h/semaine)

- Mission(s) souhaitée(s)**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activité intérieure | <input type="checkbox"/> Administratif |
| <input type="checkbox"/> Sortie extérieure | <input type="checkbox"/> Linge |
| <input type="checkbox"/> Présence | <input type="checkbox"/> Repas |
| <input type="checkbox"/> Courses | <input type="checkbox"/> Autres : |

.....
.....

- Intervenant**
- Personne de confiance
 - Autre :

NOM et Prénom :

Coordonnées :

N°

@

Fait à

Le

NOM et Signature

NOM & Prénom :