



La Varenne

Fiche remplie le : .....

# HABITUDES DE VIE

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

## Toilette

seul(e)   
avec aide partielle   
par qui : .....  
avec aide totale   
par qui : .....

**Fréquence de la toilette** : .....

## Habillage

seul(e)   
avec aide partielle   
avec aide totale

## Appareillage

Portez-vous :

- **un appareil dentaire**

si oui,

Faut-il le remettre pour la nuit

oui

non

haut

bas

oui

non

- **un appareil auditif**

si oui,

oui

non

côté gauche

côté droit

- **des lunettes**

oui

non

date de la dernière visite chez l'ophtalmologiste : .....

nom de votre ophtalmologiste : .....

nom de votre opticien : .....

## Déplacements

Seul(e)   
Avec aide

si oui,

d'une tierce personne

avec canne

avec déambulateur

en fauteuil roulant

## Mobilité

Le lever seul(e)   
avec aide

Le coucher seul(e)   
avec aide

La position assise seule   
avec aide

Savez-vous utiliser l'ascenseur ?

oui  non

## Confort

Avez-vous du matériel spécifique ?

- Montauban oui  non

- Réhausseur W.C. oui  non

- Autres, précisez : .....

## Sommeil

- Heure habituelle du lever : .....

- Faites-vous une sieste : oui  non

si oui, vers quelle heure ? .....

- Heure habituelle du coucher : .....

- Dormez-vous dans l'obscurité totale ? oui  non

## Alimentation

Mangez-vous seul(e)   
avec aide partielle   
avec aide totale

texture : normale   
viande hachée/légumes normaux   
viande hachée/purée de légumes   
Mixée

Avez-vous des compléments alimentaires (type crème ou boisson) : oui  non

Avez-vous une prescription médicale : oui  non

**Quels sont vos goûts alimentaires :**

- Que prenez-vous au petit-déjeuner ?.....

.....

.....

- Quels sont les aliments que vous n'aimez pas ? .....

.....

.....

- Prenez-vous un goûter ? oui  non

## Boisson

Buvez-vous seule   
avec aide partielle   
avec aide totale

Boisson : eau liquide   
eau gélifiée

Avez-vous d'autres informations que vous souhaitez nous communiquer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....