

HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE

DE LA PERSONNE HÉBERGÉE

Ce questionnaire nous permettra de mieux connaître la personne hébergée. Nous pourrions personnaliser le plus possible les soins et les interventions grâce à vos réponses. Vous pouvez répondre aux questions avec lesquelles vous êtes confortable. Un membre de l'équipe peut vous accompagner au besoin. Ce questionnaire sera traité et conservé de façon confidentielle.

NOM DE LA PERSONNE: _____ DATE : _____ NO DOSSIER : _____
(à l'usage de l'administration)

INFORMATION GÉNÉRALE SUR LA PERSONNE

Comment la personne aimerait être appelée :

État civil : Célibataire Marié(e) Veuf/veuve Séparé(e) Divorcé(e) Conjoint(e) de fait

Nom conjoint(e) : _____ Depuis (nombre d'années) : _____ an(s)

Lieu de naissance : _____ Rang dans la famille : _____

Si née à l'extérieur du Canada, depuis quand la personne est-elle arrivée au Québec :

Nombre de frères : _____ Nombre de sœurs : _____ Intérêt politique : _____

Sait lire : Oui Non Sait écrire : Oui Non Droitier Gaucher Scolarité : _____

Langue(s) parlée(s) : _____ Autre langue connue : _____

La personne a-t-elle eu des enfants : Oui Non Nombre : _____

Nom des enfants	Rang	Genre		La reconnaît		Proximité et lien	Vivant	
		F	M	Oui	Non		Oui	Non

PERSONNES SIGNIFICATIVES

Nom	Lien

PARTICULARITÉ DE LA VIE AFFECTIVE

Hétérosexuelle Homosexuelle Bisexuelle Préfère ne pas répondre Autre

Besoin spécifique d'intimité : Oui Non Si oui, lequel : _____

OCCUPATIONS/EMPLOIS SIGNIFICATIFS (FONCTION, HORAIRE DE TRAVAIL)

Entre 15 et 35 ans	
Entre 35 et 55 ans	
De 55 ans à maintenant	

PERSONNALITÉ

AVANT l'apparition de problème de santé, quel était le caractère de la personne (ex. : sociable, tranquille, solitaire, autoritaire, déterminée, optimiste, anxieuse, douce, travaillante, coquette, fière, etc.) :

Maintenant, qu'est-ce que vous observez chez la personne :

Type de réaction de nature émotive devant les situations inhabituelles et qui serait connue depuis longtemps (ex. : joie ou gêne excessive, phobie, petite manie, fébrilité, impulsivité, manière de s'exprimer, etc.) :

Ce qui l'apaise, lui fait du bien, lui permet de se sentir mieux dans ces situations nommées ci-haut :

Autres informations jugées importantes et pertinentes pour mieux connaître la personne hébergées ou un projet qu'elle aimerait réaliser :

RÉALISATIONS ET ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Réalisations (ex. : construction de maison, bénévolat, voyage, implication sociale, etc.) :

Événements marquants dans la vie du résident, autant positifs que négatifs (ex. : traumatisme, perte importante, grande fierté, immigration, etc.) :

ALIMENTATION QUOTIDIENNE (À LA MAISON)

Prenait 3 repas par jour : Oui Non

Collation(s) : Oui Non

Si oui, moment de la journée :

Mets appréciés :

Mets moins appréciés ou intolérances :

Heure habituelle du déjeuner :

Du dîner :

Du souper :

Habitudes lors des repas :

Aimait aller au restaurant : Oui Non Aimait se faire livrer du restaurant : Oui Non

Si oui, lequel :

Son appétit est plutôt :

Apprécie certaines friandises (ex. : chocolat, bonbons, chips) :

Autre(s) :

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

PRÉFÉRENCE DE L'APPARENCE DE LA PERSONNE HÉBERGÉE

Soins des cheveux chez la coiffeuse : Oui Non

Préfère avoir les cheveux teints : Oui Non

Manucure : Oui Non

Pédicure : Oui Non

Se parfume : Oui Non

Se maquille : Oui Non

S'épile/se rase : Oui Non

Porte une moustache : Oui Non

Porte une barbe : Oui Non

Autre(s) préférence(s) :

HABITUDES DE CONSOMMATION (SI APPLICABLE)

Consommation d'alcool : Oui Non	Fréquence :	
Usage de tabac : Oui Non	Fréquence :	
Usage de cannabis : Oui Non	Fréquence :	
Autre(s) drogue(s) : Oui Non	Si oui, spécifiez :	Fréquence :

HABITUDES VESTIMENTAIRES

Vêtements préférés et habitudes particulières (ex. : porte toujours une camisole) :

ÉVEIL/SOMMEIL

Qualité du sommeil :	Soir : Bon Réveils fréquents	Nuit : Bon Réveils fréquents	
Heure habituelle du lever :	Heure habituelle du coucher :	Sieste : AM PM	
Souhaite être réveill(e) pour : Déjeuner : Oui Non	Dîner : Oui Non	Collation : Oui Non	Loisirs : Oui Non
Habitudes, rituels pour favoriser le sommeil (ex. : veilleuse, lecture, musique, marche, boisson chaude, etc.) :			
Autre(s) :			

INTÉRÊTS/ACTIVITÉS FAVORITES

CROYANCES/SPIRITUALITÉ

Croyances personnelles de la personne :

DIVERTISSEMENTS

Art(s) créatif(s)	Spécifiez :
Chanter	Spécifiez :
Tricoter	Spécifiez :
Écouter de la musique	Type/Genre :
Écouter la télévision	Type/Genre :
Autre(s)	Spécifiez :
Porte des appareils auditifs : Oui Non	Porte des lunettes : Oui Non

Autre(s) :

INTÉRÊTS SOCIAUX

Cuisiner	Jouer aux cartes	Avoir de la visite, discuter	Rencontres festives (ex. : fête, exposition)
Les animaux	La personne a déjà eu des animaux. Si oui, le nom et la race :		
Chasse	Pêche	Activité physique/sport — Spécifiez :	
Autre(s) :			

INTÉRÊTS INTELLECTUELS

Lecture de revues, journaux, romans	Si oui, quel type :		
Ordinateur/Tablette	Si oui, précisez pour quel usage :	Temps accordé :	
Jeux de société	Si oui, lesquels :		
Jeux vidéo	Si oui, lesquels :	Temps accordé :	
Autre(s) :			

INTÉRÊTS/ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (À LA MAISON)

Préparer les repas	Faire le ménage	Gérer le budget	Faire la lessive, le pliage
Faire les courses	Autre(s) :		

UN PEU DE MON HISTOIRE... Cette section sera affichée dans la chambre. Les éléments importants de l'histoire permettront à l'équipe de soins d'échanger avec la personne hébergée.

POUR AFFICHER DANS LA CHAMBRE

Pouvez-vous fournir des photos (famille, amis, etc.) ou des objets significatifs pour personnaliser la chambre : Oui Non

Quelles sont les images qui représentent la personne, la passionnent, qu'elle aime et qui lui font du bien (son métier, la nature, les animaux, etc.) :

Quels sont les citations ou dictons qui lui plaisent ou qu'elle aime utiliser :

Quelle est la musique qu'elle préfère :

Comment se présenterait-elle à nous en quelques phrases :

Signature de la personne ayant rempli le formulaire

Nom de la personne ayant rempli le formulaire (en lettres majuscules)

Date

CONFIDENTIALITÉ

J'autorise tous les intervenants qui prennent soin de _____ à consulter les informations de ce questionnaire afin de personnaliser les interventions en tenant compte de ses habitudes de vie et de ses préférences et à afficher dans la chambre les éléments de la section : Un peu de mon Histoire.

Signature de la personne hébergée ou de la personne qui la représente

Nom de la personne hébergée ou de la personne qui la représente (en lettres majuscules)

Date

Signature de l'intervenant ayant aidé à remplir le formulaire, s'il y a lieu

Nom de l'intervenant ayant aidé à remplir le formulaire, s'il y a lieu (en lettres majuscules)

Date

Références : Histoire de vie, Formulaire d'histoire de vie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et K. Labarre d'après Voyer (2005) OPUS-AP/PEPS. Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2007). Formulaire d'histoire de vie.