



LA CHARMAIE
FOYER DE JOUR

QUESTIONNAIRE INFIRMIER

Nom :

Prénom :

Jour d'accueil :

Médecin traitant :

Portez-vous des appareils auditifs :

gauche

droit

Portez-vous des appareils dentaires :

haut

bas

Pouvez-vous effectuer seul vos déplacements ?

oui

non

Utilisez-vous un moyen auxiliaire

rollator

chaise roulante

canne

Avez-vous chuté récemment ?

.....

Si oui, cela vous arrive-t-il fréquemment ?

.....

Avez-vous besoin d'aide pour effectuer votre toilette ?

Portez-vous des protections ?

Si oui quels type de protection (pants, flex etc...) ?

Traitements en cours :

.....

Pathologies ou Handicaps :

.....

Habitudes alimentaires

Suivez-vous un régime alimentaire spécifique ?

.....

| | | | | | |
|----------|---------|------------|--------|----------------|-------------|
| Déjeuner | café | thé | lait | | |
| | Sucre | sans sucre | | | |
| | Tartine | pain | beurre | couper | sans croute |
| | Yogourt | | | | |
| Midi | normal | mixé | haché | boissons épais | |
| | Soupe | salade | | | |

.....

Allergie

Aversion

Avez-vous des pertes de mémoire ? légères moyennes importantes

.....

Y a-t-il un risque de désorientation à l'extérieur de l'établissement ?

.....

Quels sont vos hobbies, passions, activités ?

.....

Pouvez-vous raconter votre parcours de vie, les moments importants etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....