	EHPAD LES CISTES	
	PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	
	Rédigé en date du :	
	M / Mme	
	Date de mon entrée :	Chambre affectée :
		Référent :

Ce document, strictement confidentiel, regroupe mes habitudes de vie et les éléments de mon histoire de vie personnelle, afin d'élaborer mon dossier médical et mon projet personnalisé, pour faciliter ma prise en soin.

MON ETAT CIVIL

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) parlée(s) :

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Célibataire
 Divorcé(e) Séparé(e)

Ce présent recueil d'informations est complété par :

- Le résident
- Un parent Lequel :
- Le résident et un parent Lequel :
- Le tuteur légal Nom :

Et l'aide un membre de l'EHPAD :

Nom : Fonction :

Personne de confiance :

La personne de confiance est choisie librement.

Son rôle : Si vous êtes dans l'incapacité d'exprimer votre volonté, et en l'absence de directives anticipées, votre personne de confiance sera consultée sur les décisions à prendre.

Votre personne de confiance veillera au respect de ces directives.

Je désigne comme personne de confiance :

M. / Mme :

Domiciliée à :

Téléphone :

Je déclare avoir informé cette personne de sa désignation.

MON ENTREE EN EHPAD



J'arrive de :

- Mon domicile : (précisez : maison/appartement, adresse, ville)

.....
.....
.....

- D'une structure hospitalière : (précisez)

.....
.....
.....

- Autre : (précisez)

.....
.....
.....

Mon entrée en EHPAD :

- C'est ma décision : Oui Non
Celle d'un tiers : Oui Non (précisez nom, rôle et motif)

Je suis sous protection juridique :

- Oui Laquelle : Tutelle Curatelle simple
 Curatelle renforcée Sauvegarde
 Non

Si je ne suis pas sous protection juridique, j'en envisage une :

- Oui Laquelle : Tutelle Curatelle simple
 Curatelle renforcée Sauvegarde
- Non

MON SUIVI MEDICAL



Je porte des lunettes : Oui Non

Je porte des appareils auditifs : Oui Non

Si oui : A gauche A droite Les deux

Je porte des prothèses dentaires : Oui Non

Si oui : En haut En bas Les deux

	Noms	Coordonnées
Médecin référent		
Kinésithérapeute		
Gériatre		
Autres spécialistes :		

Latéralité : Ambidextre Droitier Gaucher

Je communique de façon verbale : Aisément Difficilement Non

J'ai des trous de mémoire : Oui Légèrement Non

Doit-on avoir une vigilance particulière sur un élément de votre santé ?

.....
.....
.....

Antécédents médicaux :

.....
.....
.....

Je présente des risques :

- Non De chute De fausses route
 D'allergie(s) : Autres :

J'ai besoin d'une aide pour marcher : Oui Non

Si oui, quelle aide (déambulateur, fauteuil roulant...) :

Je présente un/plusieurs trouble(s) suivant(s) :

- Cris Déambulation Désinhibition Trouble du sommeil
 Hallucinations Opposition Agressivité Trouble de l'humeur
 Trouble de la personnalité

Je présente une pathologie : Oui Non

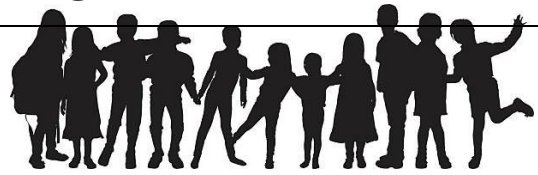
Si oui, laquelle : Depuis quand :

Mes directives anticipées ont été rédigées : Oui Non

Si oui : fournir le document en annexe

- Si non, je souhaite : Le remplir maintenant
 Le remplir plus tard
 Ne pas le remplir

MON ENTOURAGE



	Famille			Amis et connaissances		
Fréquence des visites	Souvent	Parfois	Jamais	Souvent	Parfois	Jamais
Précisions						

J'apprécie la compagnie :

Oui

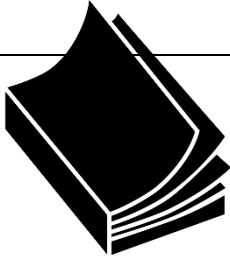
Non

Je ressens le besoin de rester seul(e) :

Oui

Non

MON HISTOIRE



Nombre d'enfant(s) :

Ma dernière profession :

Mon parcours antérieur (enfance, études, professions, vie sociale) :

.....
.....
.....
.....
.....

Éléments de ma vie familiale et conjugale :

.....
.....
.....
.....
.....

Mon rapport avec les autres (communication) :

.....
.....
.....
.....
.....

Autres événements de vie importants :

.....
.....
.....
.....
.....

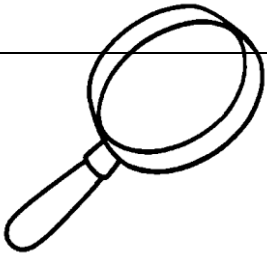
Mes plaisirs et coutumes :

.....
.....
.....
.....
.....

Je suis fumeur : Oui Non

Je consomme de l'alcool : Oui Non

MES ATTENTES



Quels sont mes souhaits et attentes en EHPAD ?

.....

.....

.....

.....

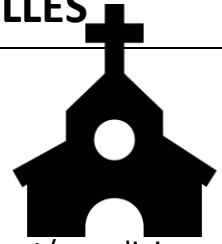
.....

Je souhaite m’impliquer dans mon projet de vie personnalisé :

Le résident : Oui Non

La famille (ou tuteur) : Oui Non

MES PRATIQUES RELIGIEUSES ET SPIRITUELLES



Au sein de l'EHPAD, nous avons un service d'Aumônerie.

Son rôle : Ecoute et accompagnement dans une recherche spirituelle et/ou religieuse, célébration de rites (communion, prières, sacrement des malades, offices...).

L'Aumônerie intervient en lien avec les équipes, dans le respect des besoins et désirs de chacun, dans une stricte confidentialité. L'aumônier n'impose pas son point de vue, il constitue un relais entre les résidents et les églises, les paroisses, ou les représentants d'autres religions.

Souhaitez-vous la visite d'un membre de l'Aumônerie ? Oui Non

Souhaitez-vous participer aux offices religieux ? Oui Non

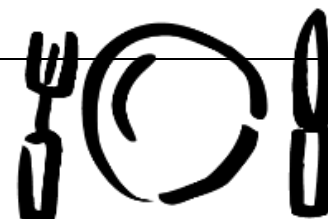
Avez-vous des demandes particulières ? Oui Non

.....
.....
.....

Je suis : Protestant Catholique Juif Musulman
 Bouddhiste Orthodoxe Autre :
 Athée Non-croyant

Je suis : Praticant Non-praticant

MON ALIMENTATION



J'apprécie prendre mes repas avec d'autres personnes :

- Oui Moyennement Non

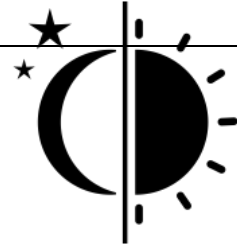
J'ai besoin d'aide pour manger : Oui Partiellement Non

Mes repas doivent être : Entier Haché Mixé

J'ai l'habitude boire de l'eau gélifiée : Oui Non

	Contre-indications / Allergies	Non-apprécies
Œufs :		
Poissons :		
Crustacés :		
Arachide :		
Gluten :		
Lactose :		
Autres :		

MES HABITUDES DE VIE



J'ai l'habitude de me lever à

J'ai l'habitude de prendre mon petit-déjeuner : Au lit Au fauteuil

Au petit-déjeuner, j'ai l'habitude de boire :

- Café Café au lait Thé Chocolat chaud Tisane
 Autre :

Au petit-déjeuner, j'ai l'habitude de manger :

- Biscottes Pain Beurre Confiture
 Autre :

Ma famille peut m'apporter d'autres boissons et aliments qui ne sont pas proposés dans la liste ci-dessus.

Remarques complémentaires :

.....
.....

J'ai l'habitude de faire une sieste : Oui Non

Si oui, j'aimerais pouvoir faire ma sieste à

J'ai l'habitude de me coucher à

Je me lève pendant la nuit : Oui Oui, plusieurs fois Non

Mes habitudes : TV au lit Mettre une veilleuse dans la chambre
 Utiliser une seconde couverture Garder mes prothèses dentaires
 Autre :

J'ai l'habitude de regarder la télévision : Oui Non

J'ai un animal de compagnie : Oui Non

Si oui, je m'en occupe : Oui Non

Mes centres d'intérêt :

.....
.....
.....

J'aimerais pouvoir participer aux activités suivantes :

- Jeux de société
- Lecture
- Tricot
- Loto
- Cuisine (épluchage de légumes, pâtisserie, confiture...)
- Lecture
- Tricot
- Gymnastique
- Lecture journal
- Sorties
- Atelier mémoire
- Pétanque
- Chant
- Atelier manuel (découpage, art plastique, poterie, collage/découpage)
- Loto
- Jeux de plateau (groupe de parole)
- Jardinage
- Promenade
- Spectacles
- Projection de films
- Offices religieux (prières du chapelet, messe, culte)
- Zoothérapie
- Rencontres intergénérationnelles
- Snoezelen de groupe
- Goûters d'anniversaire

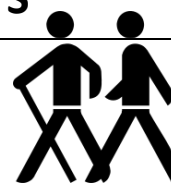
J'ai d'autres idées d'activités :

.....
.....
.....

Une vitrine est à votre disposition (mouchoirs, shampoings, papiers, rasoirs, savons...).

J'autorise l'équipe soignante à acheter ce dont j'ai besoin si je ne suis plus en capacité de le faire : Oui Non

MON HEBERGEMENT ET MES DEPLACEMENTS



Décoration de la chambre, confort matériel, respect de l'intimité, tout en tenant compte des nécessités qui justifient l'institutionnalisation. Respect des habitudes et du confort de vie.

Autonomie et sécurité du résident : préserver et favoriser l'autonomie de la personne dans différentes tâches de la vie quotidienne, selon son degré de handicap. Apprécier dans quelle mesure la personne peut être autonome dans la gestion de son hygiène et de ses déplacements.

Assurer la sécurité et l'intégrité de la personne : en mettant en place différents dispositifs (matériel-procédures) voués à sécuriser la personne et son entourage.

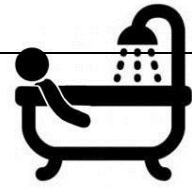
Aménagement et entretien de la chambre :

.....
.....
.....
.....
.....

Mes équipements de mobilité sont : Déambulateur Fauteuil roulant
 Canne Aucun Autre :

Je me déplace : Seul(e) Avec de l'aide

MON HYGIENE CORPORELLE



Je fais ma toilette : Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Type de toilette : Bain Douche Lavabo
 Lit Lit douche Mixte

Je préfère me laver : Tôt le matin Matin Après-midi Soir

Je suis : Continent(e) Partiellement continent(e) Incontinent(e)

J'ai besoin de protections : Oui Non

Je vais chez le coiffeur : Oui Non

Si oui : Une fois par semaine Deux fois par mois
 Une fois par mois Une fois tous les deux mois
 Une fois tous les trois mois Quelques fois par an

Prestation : Coupe Mise en plis Permanente Teinture
 Shampooing Barbe

J'aime mettre : Bijoux Parfum Maquillage

Laver mon linge : Ma famille / moi-même Pressing de l'EHPAD

Remarques complémentaires :

.....
.....
.....