

# SCPD

adressographe

## Histoire de vie détaillée

Nous vous remercions de compléter ce formulaire qui nous permet de recueillir des informations pour mieux connaître la personne afin que nous puissions personnaliser les interventions de notre équipe soignante.

Vous êtes invités à nous fournir des photos anciennes significatives.

Comment la personne aimerait-elle être appelée :

- Vouvoiement       Autre : \_\_\_\_\_

### Renseignements personnels

- Célibataire       Marié(e)       Veuf(ve)  
 Séparé(e)       Divorcé(e)       Union de fait

Langue parlée : \_\_\_\_\_

Langue comprise : \_\_\_\_\_

Sait lire :       Oui       Non

Sait écrire :       Oui       Non

Scolarité : \_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_

Pratiquant(e) :       Oui       Non

Vision : \_\_\_\_\_

Audition : \_\_\_\_\_

Droitier(ère)       Gaucher(ère)       Ambidextre

### Quelles sont les personnes significatives pour la personne ?

Prénom/Nom	Lien	F/M	Vivant		Significatif(ve) dans le	
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> passé	<input type="checkbox"/> présent

Nom du mandataire : \_\_\_\_\_

# Histoire de vie détaillée

## D'où vient la personne, quelles sont ses origines et sa famille ?

Nationalité/Origine : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Lieux de résidence significatif : \_\_\_\_\_

15-35 ans : \_\_\_\_\_

35-55 ans : \_\_\_\_\_

55 ans et + : \_\_\_\_\_

Noms des parents : \_\_\_\_\_

Parents vivants :  Oui  Non

Nombre de frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Rang occupé dans la fratrie : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Nombre de petits-enfants : \_\_\_\_\_

Nombre d'arrière-petits-enfants : \_\_\_\_\_

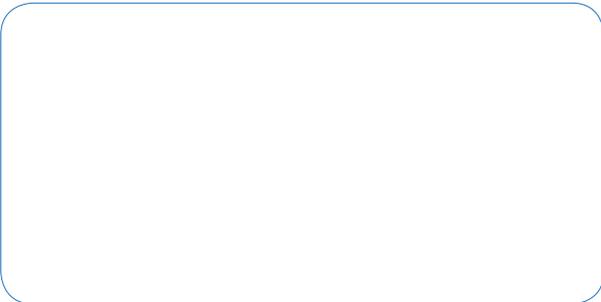
## Quel est son parcours scolaire et professionnel ?

École(s) fréquentée(s) et formation(s) significative(s) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Travail antérieur :  
15-35 ans : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
35-55 ans : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
55 ans et + : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Âge de la retraite : \_\_\_\_\_

# Histoire de vie détaillée



adressographe

## De quelles choses la personne est-elle la plus fière ?

Ses plus belles réalisations personnelles :

---

---

---

---

---

Ses plus belles réalisations professionnelles :

---

---

---

## Quels sont les événements marquants de sa vie ?

Événements heureux :

---

---

---

---

---

Épreuves plus difficiles :

---

---

---

## Quelles sont ses stratégies pour surmonter les difficultés de la vie ?

---

---

---

## Parlez-nous de sa personnalité

(qualités, défauts, caractère timide, sociable, autoritaire, douce, calme, active, etc.)

Avant la maladie :

---

---

---

---

Depuis la maladie :

---

---

---

---

Autre(s) particularité(s) importante(s) :

---

---

---

# Histoire de vie détaillée

## Quels sont ses intérêts et loisirs ?

(émissions de télévision, films, lecture, voyage, sport et autres)

Quelles étaient ses activités préférées ?

---

---

---

Est-elle encore capable de les pratiquer ?

---

Qu'est-ce qui la stimule et lui fait plaisir ?

---

---

---

---

---

Qu'est-ce que la personne faisait pour se détendre ?

---

---

---

Quelles étaient ses habitudes de marche :

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Peu                          |
| <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très grand(e) marcheur(euse) |

Musique préférée :

---

---

---

Activités à éviter :

---

---

Y a-t-il d'autres informations pertinentes que l'équipe devrait connaître afin d'offrir les meilleurs soins possibles ?

---

---

---

---

---

---

---

Quels sont les attitudes, comportements, paroles ou interventions pouvant être aidants pour apaiser la personne (ex : parler de la famille, animaux, réciter prière, écouter sa musique préférée, chanter, etc.) ?

---

---

---

---

---

---

---