

## Habitudes de vie

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.

### Soins d'hygiène

Est-ce que se laver était un moment agréable pour la personne ?

- oui  non  ne sait pas

Pourquoi? \_\_\_\_\_

Quelles étaient les habitudes de la personne pour se laver ?

- bain  douche  hygiène au lavabo  
 ne sait pas  aucune préférence

À quelle fréquence aimait-elle se laver ?

- moins d'une fois par semaine  1 ou 2 fois semaine  3 ou 4 fois semaine  1 fois par jour  
 1 fois par semaine  plusieurs fois par jour  ne sait pas

À quel moment de la journée aimait-elle se laver ?

- au réveil  en matinée  en après-midi  avant souper  
 avant de se coucher  aucune préférence  ne sait pas

Quels produits aimait-elle utiliser ?

- savon parfumé  savon non parfumé  savon en barre  savon en gel  
 mousse de bain  autre: \_\_\_\_\_  ne sait pas  
 odeurs appréciées: \_\_\_\_\_

## Habitude de vie

Qu'est-ce qui motivait la personne à se laver ?

- hygiène personnelle
- contrôle de la douleur
- relaxation
- aide au sommeil
- se réveiller
- autre : \_\_\_\_\_
- ne sait pas

Dans quelle ambiance aimait-elle se laver ?

- avec de la musique
- lumière tamisée
- en lisant
- autre : \_\_\_\_\_
- ne sait pas

De quelle manière se lavait-elle les cheveux ?

- chez le coiffeur
- dans le bain
- dans la douche
- évier de la cuisine
- ne sait pas

Est-ce que la personne est pudique ?

- oui
- non
- ne sait pas

A-t-elle peur de l'eau ?

- oui      Détaillez : \_\_\_\_\_
- non
- ne sait pas

Est-ce qu'il y a des parties du corps plus difficiles à toucher, plus sensibles, plus douloureuses ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décrivez les capacités actuelles de la personne à se laver ?

- se lave seule
- besoin d'être guidée verbalement
- besoin d'aide physique
- totalement dépendante

# Habitude de vie



adressographe

Est-ce que les façons de se laver ont changé récemment ?

- non                       oui                      Détaillez : \_\_\_\_\_

Est-ce adapté pour la personne ?

- non                       oui                      Détaillez : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres suggestions pour faciliter la collaboration de la personne pour se laver ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Soins de l'apparence et habillement

Est-ce que la personne soignait son apparence ?

- |  |                                 |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> maquillage          | <input type="checkbox"/> parfum | <input type="checkbox"/> lotion après rasage | <input type="checkbox"/> vernis à ongles |
| <input type="checkbox"/> épilation du menton | <input type="checkbox"/> bijoux | <input type="checkbox"/> crème hydratante    |  |

Précisez les noms ou marques des produits : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

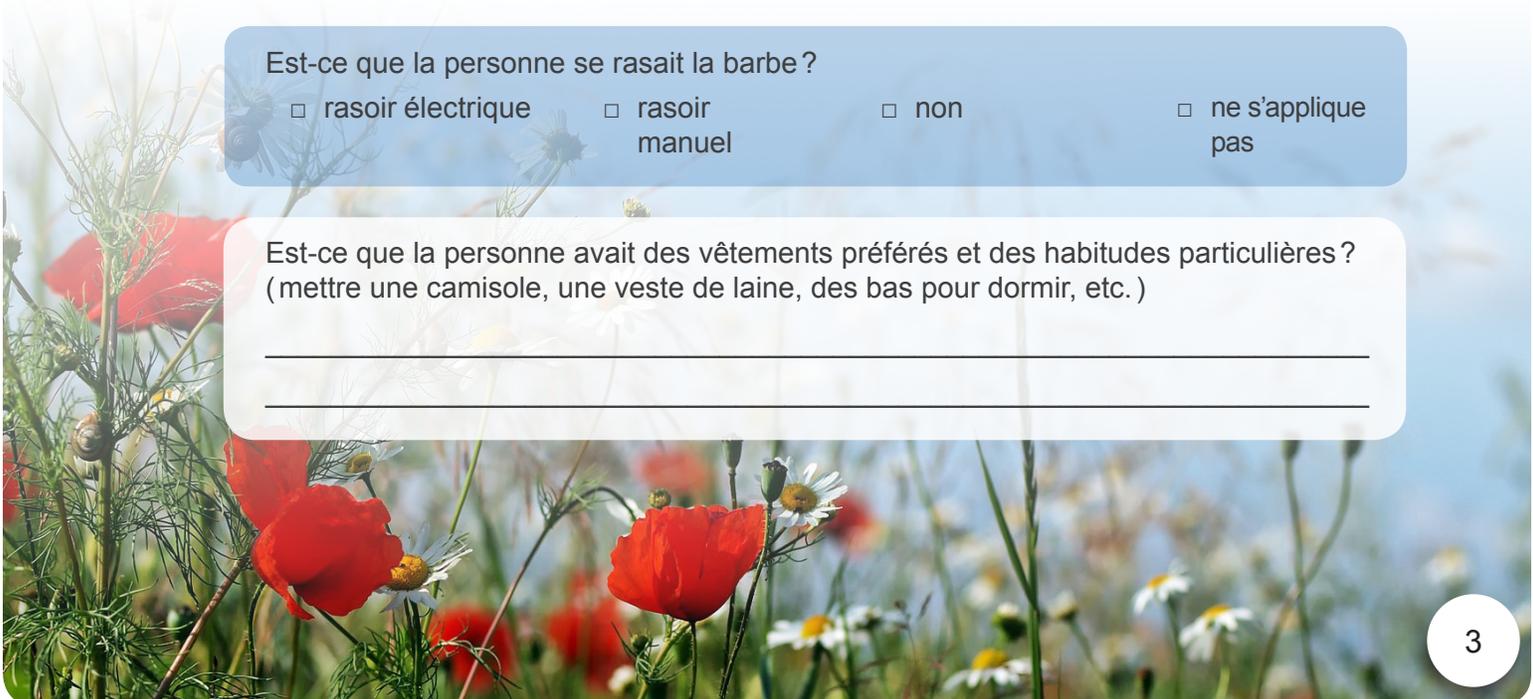
Est-ce que la personne se rasait la barbe ?

- rasoir électrique     rasoir manuel     non     ne s'applique pas

Est-ce que la personne avait des vêtements préférés et des habitudes particulières ? (mettre une camisole, une veste de laine, des bas pour dormir, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Alimentation

Quel était l'horaire habituel des repas ?

- |            |                              |               |                              |
|------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| Déjeuner   | <input type="checkbox"/> oui | heure : _____ | <input type="checkbox"/> non |
| Dîner      | <input type="checkbox"/> oui | heure : _____ | <input type="checkbox"/> non |
| Souper     | <input type="checkbox"/> oui | heure : _____ | <input type="checkbox"/> non |
| Collations | <input type="checkbox"/> oui | heure : _____ | <input type="checkbox"/> non |

Quels étaient ses aliments et breuvages préférés ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels étaient les aliments et breuvages à éviter ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres particularités à considérer pour respecter ses préférences alimentaires ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sommeil

Quelles étaient les habitudes de sommeil de la personne ?

Heure de coucher : \_\_\_\_\_ Heure de lever : \_\_\_\_\_

sieste AM      heure : \_\_\_\_\_      durée : \_\_\_\_\_

sieste PM      heure : \_\_\_\_\_      durée : \_\_\_\_\_

Routine du coucher : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si la personne se réveille durant la nuit, quels moyens utilise-t-elle pour retrouver le sommeil ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres particularités pour respecter ses habitudes de sommeil ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_