



Madame, Monsieur,

Le Centre Hospitalier de Bar le Duc, le Centre Hospitalier Spécialisé de Fains Véel, l'EHPAD de Ligny en Barrois et le CIAS de la Codecom de Bar le Duc ont souhaité se coordonner pour rendre les admissions en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), en USLD (Unité de Soins Longue Durée) ou en Unité Alzheimer, les plus adaptées possibles aux besoins et aux souhaits des futurs résidents et de leur famille.

Pour cela, nous avons élaboré le présent dossier qui est unique pour les cinq structures concernées.

Il comporte un dossier administratif à remplir par la famille et un dossier médical à remplir par le Médecin traitant ou le service dans lequel vous êtes actuellement.

Une fois renseigné et complet, le dossier est à envoyer à :

Madame NOEL Laetitia
Secrétariat Les Sources
Centre Hospitalier Spécialisé
36 route de Bar 55 000 FAINS VEEL
☎ : 03.29.76.87.00
Fax : 03.29.76.87.15
Mail : lnoel@pssm.fr

Il sera étudié par la commission de coordination des admissions qui vous fera une ou plusieurs propositions.

Il faut savoir que les établissements ont leurs spécificités et l'orientation de la personne âgée tient compte de son état de santé et pour l'Unité Alzheimer de son autonomie.

La commission fait des propositions et vous en informe par courrier. Avec votre accord, l'admission est prononcée par le Directeur de l'établissement retenu.

Le secrétariat des établissements reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

La commission de coordination des admissions

Les pièces suivantes : demande d'admission / dossier médical / annexes

CHG Bar le Duc, Les Cépages
1 boulevard d'Argonne BP 10510
55 000 BAR LE DUC
03.29.45.88.06

EHPAD Ligny en Barrois
15 Bd Raymond Poincaré
55 500 LIGNY en BARROIS
03.29.78.41.22

CHS Fains Veel Les Sources / Unité Alzheimer
36 route de Bar
55 000 FAINS VEEL
03.29.76.87.00

EHPAD Blanpain
47 rue du port
55 000 BAR LE DUC
03.29.45.02.96

EHPAD Couchot
2 rue des Romains
55 000 BAR LE DUC
03.29.45.35.77

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

ARTICLES D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE

Civilité Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation assuré social

ADRESSE

N° Voie, rue, Boulevard

Code Postal Commune/Ville

Téléphone Fixe

Téléphone Portable Adresse E-mail

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e)

Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Sauvegarde de justice

Curatelle Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, Boulevard

Code Postal Commune/Ville

Téléphone Fixe

Téléphone Portable Adresse E-mail

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée :

OUI

NON

Si OUI :

Nom de naissance

(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Adresse :

N° Voie, rue, Boulevard

Code Postal |_|_|_|_|_|

Commune/Ville

Téléphone Fixe

Téléphone Portable

Adresse E-mail

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Préventive

Urgente, pourquoi ?

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement Permanent

Hébergement temporaire (EHPAD de Ligny ou unité Alzheimer)

Accueil de jour (pour l'unité Alzheimer et l'EHPAD de Ligny en Barrois)

Accueil couple souhaité

OUI

NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Lieu d'hébergement souhaité :

USLD Les sources

USLD Les cépages

EHPAD Les cépages

EHPAD de Ligny en Barrois

EHPAD COUCHOT

EHPAD BLANPAIN

Unité Alzheimer

Y a-t-il une demande faite pour un autre établissement ? Si oui lequel ?

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile

Chez enfant/proche

Logement foyer

EHPAD

Hôpital

SSIAD/SAD

Aide à domicile

Accueil de jour

Autre (précisez)

Dans tous les cas
préciser le nom
de l'établissement
ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?

OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

Si la demande émane d'un établissement hospitalier, préciser le motif d'hospitalisation et la date d'admission

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI

NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter

Nom de naissance

(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Adresse :

N° Voie, rue, Boulevard

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune/Ville

Téléphone Fixe

Téléphone Portable

Adresse E-mail

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

Autre personne à contacter :

Nom de naissance

(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Adresse :

N° Voie, rue, Boulevard

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune/Ville

Téléphone Fixe

Téléphone Portable

Adresse E-mail

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seule | <input type="checkbox"/> Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers : |
| Aide sociale à l'hébergement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Demande en cours envisagée |
| Allocation logement (APL/ALS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Demande en cours envisagée |
| Allocation personnalisée à l'autonomie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Demande en cours envisagée |
| Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE Immédiate Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE __/__/__

Date de la demande : __/__/__

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

Cher confrère,

Votre patient et sa famille s'orientent vers un choix d'institution.

C'est un événement important dans la vie d'une personne qui doit être réfléchi. La décision ne doit pas être prise pour des raisons qui ne concerneraient pas la personne. De plus, il faut éviter les orientations inadéquates génératrices de troubles du comportement et de dégradation de l'état de santé.

Il serait souhaitable d'organiser la filière de soins gériatrique pour qu'à terme, il n'y ait plus d'admission qui se fasse dans l'urgence.

Merci de compléter le questionnaire ci-joint accompagnant la partie administrative remplie par la famille. Ceci va permettre de confirmer la compatibilité de l'état de santé du postulant avec le choix d'institution fait par la famille.

Le dossier va d'abord être présenté en commission de coordination des admissions, puis une fois le choix de l'institution acté, la structure prendra contact avec la famille pour préparer l'entrée.

Les comptes rendus de consultation mémoire sont indispensables pour toute demande sur l'unité Alzheimer. Il est également souhaitable de joindre les comptes rendus récents de consultation ou d'hospitalisation pour toutes les demandes.

En vous remerciant pour votre collaboration, Veuillez agréer, cher confrère nos salutations les meilleures.

EHPAD Blanpain et Couchot

Docteur Kaddour SAMHANI
EHPAD de Ligny en Barrois

Docteur Pascal MENOUX
USLD Les Sources Et Unité Alzheimer

Docteur Maud MORELOT
EHPAD Les Cépages

Docteur Noémie Manel NOURINE
USLD Les Cépages

Dossier à renvoyer à :

Madame NOEL Laetitia
Secrétariat Les Sources
Centre Hospitalier Spécialisé
36 route de Bar 55 000 FAINS VEEL
☎ : 03.29.76.87.00
Fax : 03.29.76.87.15
Mail : lnoel@pssm.fr

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité Monsieur Madame
Nom de naissance
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)
Prénom(s)
Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Demande : Préventive Urgente, Pourquoi ?

Motif(s) de la demande (facteurs déclenchant) : Rapprochement familial
 Rupture de l'isolement Perte d'autonomie
 Problème social Changement d'établissement
 Fin/retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile
 Soulagement des aidants Autres (à préciser en dessous)

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement Permanent Hébergement temporaire
 Accueil de jour (pour l'unité Alzheimer et l'EHPAD de Ligny en Barrois)

Lieu d'hébergement souhaité :

EHPAD USLD Unité Alzheimer

ATTENTION :

- Pour l'unité Alzheimer, il est absolument nécessaire qu'il y ait eu au moins une consultation mémoire et que les comptes rendus soient joints au dossier. Quand aux autres structures, cela est souhaitable.
- Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

EVALUATION DE L'ETAT DE SANTÉ

Antécédents Médicaux - Chirurgicaux

Antécédents Psychiatriques

Pathologiques significatives en cours

A. ALD Pour quelles pathologies :

B. Pathologies évolutives en cours :

Pathologies	Date du diagnostic	Traitement initial	Traitement actuel	Nb de décompensations ces 6 derniers mois

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (*nom des médicaments, posologie, voie d'administration*) :

SOINS PALLIATIFS OUI NON ALLERGIES OUI NON

Si oui, préciser

VACCINS

Tétanos

Grippe

Pneumo 23

Autres :

CONDUITES A RISQUES

OUI NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

Ne sait pas

OUI

NON

Si oui, Préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille Poids TA FC

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

Lunettes (Cochez si oui)

Appareil auditif

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI NON

REEDUCATION	OUI	NON	Fréquence
Kinésithérapie			
Orthopédie			
Ergothérapie			
Psychothérapie			
Autre (préciser)			

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Canne		
Autres (préciser)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

ALIMENTATION Normale Mixée Autres (préciser)

Tendance à la dénutrition OUI NON

Tendance à la déshydratation OUI NON

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		Ne fait pas	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose de problème
Transferts		<input type="checkbox"/>					
Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>					
Toilettes	Haut	<input type="checkbox"/>					
	Bas	<input type="checkbox"/>					
Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>					
	Fécale	<input type="checkbox"/>					
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>					
	Moyen	<input type="checkbox"/>					
	Bas	<input type="checkbox"/>					
Cuisine		<input type="checkbox"/>					
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>					
	Manger	<input type="checkbox"/>					
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>					
Ménage		<input type="checkbox"/>					
Alerter		<input type="checkbox"/>					
Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>					
Transports		<input type="checkbox"/>					
Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>					
Achats		<input type="checkbox"/>					
Gestion		<input type="checkbox"/>					
Orientation	Dans le Temps	<input type="checkbox"/>					
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>					
	Comportement	<input type="checkbox"/>					

Légende :

- « Ne fait pas » : La personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case « Ne fait pas » est cochées il est inutile de cocher les 4 suivantes (STCH).
- « Aucun adverbe ne pose de problème » : L'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.
- « STCH » : L'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1,2, ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers

« S » : Spontanément « T » : Totalemment « C » : Correctemement « H » : Habituellemement

Merci de joindre les copies des derniers courriers de consultations et/ou d'hospitalisation, ainsi que les copies des derniers résultats biologiques.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...). Important : s'il y a eu une perte d'autonomie récente, quel était le degré d'autonomie antérieur ?

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom
Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, Boulevard
Code Postal Commune/Ville

Date

Signature

Cachet du médecin



ANNEXES



CONSENTEMENT ECRIT

Je soussigné(e) M./Mme _____ reconnais avoir reçu toutes les informations concernant les Unités de Soins de Longue Durée de la Maison des Cépages et des Sources, l'EHPAD de LIGNY EN BARROIS et les EHPAD de BLANPAIN et COUCHOT, et l'Unité Alzheimer et consens à faire une demande d'admission dans l'une de ces structures.

Fait à _____

Le __/__/__

Signature

**CERTIFICAT POUR UNE PERSONNE AGEE
INCAPABLE DE CONSENTIR ELLE MEME
A SON PLACEMENT EN USLD, en EHPAD et en UNITE ALZHEIMER**

Je soussigné (e) Docteur en Médecine, certifie que :

M/Mme _____

Présente des troubles du jugement et une altération intellectuelle en raison desquelles il (elle) est dans l'incapacité de consentir à la demande de placement en USLD, en EHPAD ou en UNITE ALZHEIMER.

Date : __/__/____

Nom :

Cachet :

Signature

**TARIFS ET PRISES EN CHARGE D'UN HEBERGEMENT
EHPAD OU UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE
MAISON DES CEPAGES - BAR LE DUC
LES SOURCES - FAINS VEEL
EHPAD de LIGNY EN BARROIS
EHPAD BLANPAIN et COUCHOT**

I) COUT DE L'HEBERGEMENT

Tarifs 2014:

- un « **forfait soins** » pris en charge en totalité par les organismes de sécurité sociale
- un « **tarif hébergement** » à la charge du résidant
- un « **tarif dépendance** » fixe

Le Conseil Général de la Meuse ayant décidé en décembre 2004 de verser directement le montant de l'Allocation Personnalisée Autonomie à l'établissement pour les résidents de plus de 60 ans, le montant restant à la charge des résidents et de leurs familles est pour l'année 2014 :

	EHPAD Les Cépages	USLD Les Cépages	USLD Les Sources
Forfait hébergement	41,32 euros/jour	49.56 euros/jour	50.90 euros/jour
Tarif GIR 1/2	20.17 euros/jour	30.55 euros/jour	25.40 euros/jour
Tarif GIR 3/4	12.80 euros/jour	19.37 euros/jour	16.07 euros/jour
Tarif GIR 5/6	5.43 euros/jour	8.22 euros/jour	6.85 euros/jour
Tarif moins de 60 ans	58,40 euros par jour EHPAD	74.45 euros/jour	

	EHPAD de LIGNY EN BARROIS	EHPAD de BLANPAIN et COUCHOT
Accueil de jour	15.36 euros/jour	
Forfait hébergement	46.06 euros/jour	48.82 euros/jour
Tarif GIR 1/2	18.03 euros/jour	23.44 euros/jour
Tarif GIR 3/4	11.20 euros/jour	14.88 euros/jour
Tarif GIR 5/6	4.75 euros/jour	6.31 euros/jour
Tarif moins de 60 ans	60.92 euros/jour	66.56 euros/jour

	UNITE ALZHEIMER
Forfait hébergement Permanent et Temporaire	57.34 euros/jour
Forfait hébergement accueil de jour	19.12 euros/jour
Tarif GIR 1/2	28.30 euros/jour
Tarif GIR 3/4	17.95 euros/jour
Tarif GIR 5/6	7.62 euros/jour
Tarif moins de 60 ans	73.16 euros/jour

II) LES POSSIBILITES D'AIDES LEGALES

1) ALLOCATION PERSONNALISEE AU LOGEMENT (APL)

Cette allocation personnalisée au logement est versée sous condition de ressources par :

- la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour les ressortissants du régime agricole,
- la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) pour les ressortissants du régime général.

Ce dossier comprend 3 documents :

- votre demande d'aide au logement
- votre dernière déclaration de ressources
- une attestation à faire signer par l'établissement

VOUS POUVEZ OBTENIR UNE **ESTIMATION** DE VOTRE **AIDE AU LOGEMENT** sur www.allocation-caf.com.

2) L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Lorsque les ressources couplées des aides légales susceptibles d'être allouées ne permettent pas de prendre en charge le coût total de l'hébergement, les enfants se voient alors sollicités, dans le cadre de l'obligation alimentaire. Si ceux-ci ne peuvent pas prendre en charge le reste à payer, une demande d'aide sociale peut être déposée.

COMMENT ?

Une étude sera effectuée par le Conseil Général, afin d'avoir connaissance de la totalité des ressources, des biens mobiliers de l'intéressé. Par ailleurs, tous les enfants seront amenés à déclarer, à la demande du Conseil Général, leurs propres revenus afin de satisfaire à l'obligation alimentaire due au titre de l'article 205 du code civil.

IMPORTANT

Dans le cadre de cette prestation, l'obligation alimentaire est appliquée. En Meuse, depuis peu, seuls les enfants sont devenus solvables et lorsqu'il y a litige entre les membres d'une fratrie, le juge aux affaires familiales tranche, et fixe la participation de chacun.



A SAVOIR :

Dès le dépôt de la demande, opposition est faite par l'établissement sur les retraites dont est titulaire le postulant. Ces sommes, virées à la recette de l'établissement, sont bloquées dans l'attente de la décision du Conseil Général.

ATTENTION : L'AIDE SOCIALE EST RECUPERABLE DES LE 1^{ER} EURO SUR L'ACTIF SUCCESSORAL DE LA PERSONNE BENEFICIAIRE

Où s'adresser ?

Au bureau des entrées du Centre Hospitalier de Bar le duc, pour l'USLD/EHPAD « Les Cépages ».

Au bureau des entrées du Centre Hospitalier de Fains Veel, pour l'USLD « Les Sources » et l'Unité Alzheimer.

Au bureau des admissions pour les EHPAD BLANPAIN, COUCHOT et LIGNY EN BARROIS.

Pour vous accompagner dans vos démarches, vous pouvez contacter :

Mme ABRAHAM Vanessa - Assistante Sociale au Centre Hospitalier de BAR-LE-DUC

Tél : 03/29/45/88/06

Mme BAUDSON Christelle, Assistante Sociale au Centre Hospitalier de FAINS VEEL

Tél : 03/29/76/86/50

Pour les EHPAD de Ligny en Barrois, BLANPAIN et COUCHOT, s'adresser à l'assistante sociale de secteur auprès du Conseil Général

LES EXEMPLAIRES DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU CONTRAT DE SEJOUR DONT LA SIGNATURE EST INDISPENSABLE A L'ADMISSION EN UNITE DE SOINS DE LONG SEJOUR VOUS SERONT REMIS PAR LE SERVICE DES ADMISSIONS :

du Centre hospitalier de BAR-LE-DUC en ce qui concerne la Maison des CépAges

du Centre Hospitalier Spécialisé de FAINS-VEEL en ce qui concerne Les Sources.

CERTAINES CAISSES DE RETRAITES PRINCIPALES OU COMPLEMENTAIRES PEUVENT PARTICIPER AUX FRAIS D'HEBERGEMENT TELLES SNCF/DDE...

QUESTIONNAIRE CONCERNANT LE FUTUR RÉSIDANT

Remettre à l'établissement au moment de votre admission

FAMILLE :

Quelles sont les personnes qui sont proches de vous ? (*amis, famille, voisins...*)

Que font-ils pour vous ?

Viennent-ils vous voir fréquemment ?

Avez-vous des frères et sœurs ?

Avez-vous des contacts avec eux ?

Avez-vous des enfants et petits-enfants ?

Avec lesquels avez-vous le plus de contact ?

HISTOIRE DE VIE :

Où êtes-vous né ?

Où êtes-vous allé à l'école ?

Quels ont été votre ou vos professions ?

Où avez-vous habité ?

Avez-vous déménagé ?

Quels sont les événements marquants de votre vie (*heureux ou malheureux*)?

A propos de la sieste, avez-vous l'habitude d'en faire une ? OUI
 NON

Si oui :

- Le matin au fauteuil
 au lit
- L'après-midi au fauteuil
 au lit

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ? __h__

Quelles sont vos habitudes au coucher :

Regardez-vous la télévision ? OUI

NON

Lisez-vous ? OUI

NON

Prenez-vous une collation ? OUI

NON

Aimeriez-vous avoir un verre d'eau à disposition ? OUI

NON

Autre :

VOS GOUTS ALIMENTAIRES :

Que prenez-vous au petit-déjeuner ?

Avez-vous l'habitude de goûter ? OUI, Quoi : _____

NON

Quelles sont vos habitudes alimentaires ? vos goûts ? (sucré, salé, grignotage, soupe, tisane au coucher...)

Avez-vous l'habitude de vous relevé la nuit OUI

pour prendre une collation ? NON

RELATIONS SOCIALES :

Aimez-vous la compagnie ?

OUI

NON

Faites-vous partie d'une association ? d'un club ?

OUI, lequel ? _____

NON

Aimez-vous les animaux ?

OUI

NON

Possédez-vous un animal ?

OUI

NON

Quelle est votre religion ? *(réponse facultative)*

La pratiquez-vous ?

OUI

NON

Si vous souhaitez aborder d'autres thèmes, n'hésitez pas :

A renvoyer à :

Madame NOEL Laetitia
Secrétariat Les Sources
Centre Hospitalier Spécialisé
36 route de Bar 55 000 FAINS VEEL
☎ : 03.29.76.87.00
Fax : 03.29.76.87.15
Mail : lnoel@pssm.fr