**RECUEIL DE DONNEES**

**DE LA PERSONNE ÂGEE**

**1 – Identité**

Prénom Nom : …………………………………………..

(Dans le dossier, vous devez changer les nom prénom pour respecter l’anonymat)

* Sexe : 🞏 Masculin 🞏 Féminin
* Dans quelle tranche d’âge vous situez-vous ?
* 65 – 74 ans
* 75 – 84 ans
* 85 – 94 ans
* 95 ans et plus

**2 - Origine et situation géographique**

* Dans quelle(s) commune(s) avez - vous habité ?

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………

* Cette commune se situe :

🞏 En ville

🞏 À la campagne

* Vous étiez ?
* Propriétaire
* Locataire
* Vous habitiez
* Une maison avec jardin
* Une maison sans jardin
* Un appartement

Avez-vous eu des animaux de compagnie

**Si oui,** lesquels ?.......................................................................................................................

**3 - Situation familiale et liens familiaux**

* Quel est votre statut matrimonial ?...................................................................................
* Avez-vous des enfants ?
* Non
* Oui

**Si oui,** combien ?...........................

* A quelle fréquence voyez-vous vos enfants et petits-enfants ?
* Chaque semaine
* Tous les mois
* Autres …………………………………………………
* Avez-vous des amis ou des connaissances à l’extérieur de l’EHPAD que vous rencontrez de temps en temps ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**4 -Vie professionnelle**

* Avez-vous des diplômes ?

**Si oui**, lesquels ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Avez-vous exercé un métier ? Lequel ou lesquels ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quels étaient les activités que vous aimiez dans ce métier ?

Combien de temps avez-vous exercé ce métier ?

Si pas de métier exercé, quelles étaient vos activités du quotidien ?

Et lesquelles appréciez-vous ?

(Poser d’autres questions concernant ces activités en fonction des réponses)

**7 – Vie à l’EHPAD**

* Depuis quand êtes-vous arrivé(e) à l’EHPAD et pour quelles raisons ?
* Avez-vous des ami(e)s ici ?
* A quels moments les voyez-vous ?

🞏Repas 🞏Activités

🞏Temps libre 🞏Occasionnellement

🞏 Autre : …………………………………………………………………….

A quelles activités participez-vous et combien de fois/semaine ?

Participez-vous à des sorties en extérieur ? Lesquelles ? A quelle fréquence ?

Y’a-t-il des activités de votre vie d’avant que vous aimeriez faire ?

(Poser d’autres questions concernant ces activités en fonction des réponses)

Avez-vous des rêves que vous n’avez pas réalisés ? (et pourquoi )

(Poser d’autres questions concernant ces activités en fonction des réponses)

**Critères observables ou recueillis à partir du projet individualisé de la personne**

|  |  |
| --- | --- |
| **CAPACITES SENSORIELLES** | **CRITERES/DONNEES** |
| **LA VISION**Fond D Écran Oeil Dessin Clipart - Full Size Clipart (#1003136) - PinClipart | **Trouble de la vision** | **Cécité partielle ou complète** | **DMLA** | **Lunettes** |
|  |  |  |  |
| **L’AUDITION**Image oreille - son - Images Gratuites à Imprimer - Dessin 29302 | **Trouble de l’audition** | **Surdité partielle**  | **Surdité complète** | **Prothèses auditives** |
|  |  |  |  |
| **L’ODORAT**Dessin Animé Nez Vecteur Symbole Icône Design Belle Illustration Isolé Sur  Fond Blanc Vecteurs libres de droits et plus d&#39;images vectorielles de  Anatomie - iStock | **Trouble de l’odorat** | **Absence totale de l’odorat** |  |
|  |  |



|  |  |
| --- | --- |
| **CAPACITES MOTRICES** | **CRITERES/DONNEES** |
| **MEMBRES SUPERIEURS****Gauche, mâle, isolé, côté, bras, humain. Gauche, mâle, illustration, isolé,  côté, bras, arrière-plan., humain, blanc. | CanStock** | **Trouble membre supérieur** | **Amputation** | **Paralysie** | **Trouble motricité fine** |
|  |  |  |  |
| **MEMBRES INFERIEURS** | **Trouble membre inférieur** | **Amputation** | **Paralysie** |  |
|  |  |  |
| **SE DEPLACE** | **Seul**Colocation Senior| Vivre entre Seniors| | **Canne**Oh Granny - Services seniors à domicile Brabant Wallon | **Déambulateur** | **Fauteuil roulant** | **Avec Tierce personne** |
|  |  |  |  |  |
| **POSTURE** | **Droite** | **Courbée** | **Penchée** | **Peut rester debout** |
|  |  |  |  |



**Posture :**

**Membre supérieur** :

**Membre inférieur :**

**Se déplace :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPACITES COGNITIVES** | **CRITERES** | **DONNEES** |
| **Trouble de la compréhension** | Ne comprend pas les informations ou indications données. |  |
| **Trouble de la parole** | Ne parle plus.A du mal pour parler.Propos incompréhensibles. |  |
| **Trouble de la mémoire** | Ne se rappelle pas les informations données, les gestes de la vie quotidienne.Perte des souvenirs. |  |
| **Trouble du comportement** | Présente une agitation, une agressivité.N’arrive pas à rester assis.Marche beaucoup. |  |
| **Trouble d’orientation dans l’espace** | Ne sait pas la pièce où elle se trouve.Se perd dans les locaux.N’arrive pas à trouver sa chambre. |  |
| **Trouble d’orientation dans le temps** | Ne sait plus le jour ou le moment de la journée. |  |

**FICHE DE SYNTHESE**

**Ville, lieu où elle a vécu :**

**Carte d’identité :**

**Famille et amis :**



**Ses rêves, envies, attentes :**

**Les activités à l’EHPAD :**

**Son métier ou ses activités :**

**Ses difficultés sensorielles motrices et cognitives :**