

EHPAD Simon  
Bénichou - NancyRédigé par  
S. DUSSERTVérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIESApprobateur  
S. GALMICHEEdité le  
31/08/2023Mis à jour  
10/04/2024

## Pour faire connaissance

Ce document permettra pour nous d'avoir des indications afin de mieux vous connaître, et ainsi de vous accompagner au mieux dans ce tournant de vie qui est l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Il comprend :

- Vos informations personnelles
- Vos habitudes de vie
- Vos habitudes alimentaires
- Vos habitudes de nuit
- Vos habitudes de loisirs
- Vos habitudes de déplacement
- La prévention

Vous pouvez les remplir seul ou en famille.

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Date d'entrée en EHPAD :** .....

EHPAD Simon  
Bénichou - NancyRédigé par  
S. DUSSERTVérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIESApprobateur  
S. GALMICHEEdité le  
31/08/2023Mis à jour  
10/04/2024

## VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Jour/Nuit ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Jour/Nuit ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Jour/Nuit ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

**Médecin traitant :** \_\_\_\_\_ ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

**Curatelle/tutelle :** \_\_\_\_\_

Représentant : \_\_\_\_\_ ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

Référent familial : \_\_\_\_\_ ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

Personne de confiance : \_\_\_\_\_ ☎ : \_/\_/\_/\_/\_/\_

**Motif d'entrée :**

Qui a pris la décision de votre entrée en maison de retraite ?  
Si ce n'est pas vous, étiez-vous d'accord avec cette décision ?  
Pourquoi ?

Comment s'est effectué votre choix pour cette maison de retraite ?

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

### Parents :

Père :	Mère :
Métier :	Métier :
† :	† :

Où vous avez vécu ?
---------------------

### Fratrie :

Nom : † :	Nom † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :
Nom : † :	Nom : † :
Prénom :	Prénom :
Lieu d'habitation :	Lieu d'habitation :

### Conjoint :

Nom :
Prénom :
Lieu d'habitation :
† :

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

### Les enfants :

Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :
Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :
Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :

### Les petits-enfants :

Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :
Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :
Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :	Nom : Prénom : Lieu d'habitation : † :

**Faits principaux ayant marqués l'histoire de vie :** grandes joies et peines, accidents, maladies, séparations, déménagements.... Ce dont vous êtes fier :

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HABITUDES DE VIE

Habitait : <input type="checkbox"/> Chez lui / elle		<input type="checkbox"/> Chez ses enfants
<input type="checkbox"/> Un appartement		<input type="checkbox"/> Une maison
<input type="checkbox"/> En ville <input type="checkbox"/> A la campagne		
Autre .....		
Profession ou activité exercée :		
Pratique religieuse :		
Gère son argent : Oui / Non		Si non, qui gère ?
Perte auditive : Oui / Non		Appareil auditif : Gauche / Droit
Lunettes : Oui / Non		
Tabac : Oui / Non		Précisions :
Alcool : Oui / Non		Précisions :

<b>Le repas</b>	Autonome    Couper la viande    Aide alimentaire Diabétique : Oui / Non Régime alimentaire : Normal    Haché    Tendre    Mixé Quel est votre poids habituel..... Votre taille .....
	Avant votre arrivée au sein de l'EHPAD avez vous eu : <input type="checkbox"/> Une perte d'appétit <input type="checkbox"/> Une perte de poids <input type="checkbox"/> Une prise de poids Si oui, pour quelles raisons ? .....
<b>Transfert</b>	Autonome    Aide humaine
<b>Toilette</b>	Autonome    Aide partielle    Aide totale Préférence : Avant le petit déjeuner    Après le petit déjeuner Aimez-vous la douche ? Oui / Non Aimez-vous le bain ? Oui / Non
<b>Habillage</b>	Autonome    Aide partielle    Aide totale
<b>Protection</b>	Journée : Oui / Non Nuit : Oui / Non

EHPAD Simon  
Bénichou - NancyRédigé par  
S. DUSSERTVérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIESApprobateur  
S. GALMICHEEdité le  
31/08/2023Mis à jour  
10/04/2024

Quelles habitudes importantes avez-vous ? (rituels, ce qui est essentiel...)

ALLERGIE (S) :

### Coiffure

Les rendez-vous coiffures doivent être pris par :

☐ Le résident      ☐ La famille    ☐ Le tuteur

Autre : .....

### Courrier

Le courrier doit être donné :

☐ Au résident      ☐ La famille    ☐ Le tuteur

Autre : .....

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HABITUDES ALIMENTAIRES



### Le petit déjeuner

Que prenez-vous le plus souvent au petit déjeuner ?

- |                                       |                                       |  |                                  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Café         | <input type="checkbox"/> Pain         | <input type="checkbox"/> Beurre        | <input type="checkbox"/> Yaourt  |
| <input type="checkbox"/> Café au lait | <input type="checkbox"/> Biscottes    | <input type="checkbox"/> Confiture     | <input type="checkbox"/> Compote |
| <input type="checkbox"/> Thé          | <input type="checkbox"/> Pain de mie  | <input type="checkbox"/> Miel          |                                  |
| <input type="checkbox"/> Chocolat     | <input type="checkbox"/> Jus d'orange | <input type="checkbox"/> Jus de raisin |                                  |

Autre : .....

Avec quel matériel ?

- ☐ Bol      ☐ Tasse      ☐ Verre à bec      ☐ Cuillère à soupe

Parfois, vous aimez prendre au petit déjeuner : .....

Avez-vous l'habitude d'une collation dans la matinée ?

- ☐ Oui      ☐ Non

Si oui laquelle ? .....

### Les repas du midi et soir

Lors du repas de midi, quelles sont vos habitudes ?

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apéritif le dimanche | <input type="checkbox"/> Entrée froide       | <input type="checkbox"/> Pain        |
| <input type="checkbox"/> Eau                  | <input type="checkbox"/> Soupe               | <input type="checkbox"/> Pain de mie |
| <input type="checkbox"/> Sirop à l'eau        | <input type="checkbox"/> Plat/dessert        | <input type="checkbox"/> Beurre      |
| <input type="checkbox"/> Vin                  | <input type="checkbox"/> Entrée/Plat/Dessert | <input type="checkbox"/> Café        |

Autre .....

Lors du dîner, quelles sont vos habitudes ?

- ☐ Soupe  
☐ Plat principal  
☐ Laitage chaud

Autre .....

Avez-vous des difficultés à mâcher ?

- ☐ Oui      ☐ Non

Si oui, préférez-vous manger vos viandes en mixés ? ☐ Oui      ☐ Non

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

➤ **Entourez les aliments que vous n'aimez pas**

VIANDE					
Bœuf	Langue de bœuf	Volaille	Dinde	Agneau	Steak haché
Porc	Veaux	Lapin	Paupiette	Tripes	Abats
Jambon	Andouillette	Saucisse	Saucisson	Lard	Lardon
Boudin noir	Boudin blanc	Terrine	Pâte	Foie	Rillettes
POISSON					
Hareng	Crustacé	Coquillage	Saumon	Sardine	Morue
Huitre	Crevette	Moule	Autre, précisez :		
PRODUITS SECS					
Lentilles	Riz	Pâte	Semoule	Galette	Maïs
PLATS					
Choucroute	Couscous	Gratins	Tartiflette	Hachis	Raviolis
Lasagne	Piémontaise	Purée	Potage	Ratatouille	Frite
Quiche	Quenelle	Œuf	Autre, précisez :		
LEGUMES					
Haricot vert	Haricot blanc	Petit pois	Carottes	Courgette	Pomme de terre
Salsifis	Salade verte	Endives	Céleri	Poireaux	Brocolis
Choux de Bruxelles	Poivrons	Epinard	Autre, précisez :		
FRUITS					
Melon	Pastèque	Fruits rouge	Pêche	Abricot	Banane
Poire	Fruits exotique	Tomate	Autre, précisez :		
DESSERTS					
Lait	Fromage	Lait RIBOT	Yaourt nature	Yaourt aux fruits	Riz au lait
Semoule au lait	Glace	Pâtisserie	Flan	Far breton	Pain perdu
Comporte	Crème dessert	Madeleine	Autre, précisez :		

BOISSONS					
Eau plate	Eau gazeuse	Vin	Café	Chocolat chaud	Thé
Jus de pomme	Jus d'orange	Jus de raisin	Autre, précisez :		

Y'a-t-il d'autres aliments que vous n'aimez pas ? .....



EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

Aliments préférés	Boissons préférées

Avez-vous un plat qui vous ferait plaisir de temps en temps (ex : kebab, sushi, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? .....

### Le goûter

Prenez-vous un goûter dans l'après-midi ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Café

☐ Madeleines

☐ Café au lait

☐ Gâteaux secs

☐ Thé

☐ Fruit

☐ Chocolat

☐ Autre : .....

☐ Sirop à l'eau

### La nuit

Avez-vous l'habitude de prendre une collation le soir après le dîner ?

Si oui, laquelle ? .....

### Divers

Avez-vous des problèmes de déglutition ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu un bilan de déglutition ? ☐ Oui ☐ Non

Faites-vous des fausses routes ? ☐ Oui ☐ Non

Suivez-vous un régime alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce ? ☐ Par goût ☐ Pour raison médicale ☐ Pour raison religieuse

Si oui lequel ? .....

Consommez-vous des compléments nutritionnel oraux ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un appétit ☐ Modéré ☐ Normal ☐ Important

Avez-vous un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ? ☐ Haut ☐ Bas ☐ Les 2

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HYDRATATION

Quel type d'eau ? :

- ☐ Plate ☐ Pétillante ☐ Epaissie ☐ Gélifiée  
☐ Avec du sirop

Utilisez-vous du matériel pour vous aider à boire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

- ☐ Verre à anse  
☐ Verre à bec  
☐ Verre à découpe nasale  
☐ Paille  
☐ Autres, précisez : .....



EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HABITUDES DE NUIT



### Le coucher

A quelle heure vous couchez-vous habituellement ? .....

Avez-vous un traitement pour la nuit ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel ? .....

Comment décririez-vous votre sommeil ?

☐ Calme

☐ Agité

☐ Insomnies

☐ Déambulations

☐ Angoisses

☐ Besoin de somnifère, heure de la prise : .....

Quelles sont vos habitudes de préparation pour la nuit ?

☐ Barrières

☐ Coussins

☐ Lampe

☐ Veilleuse

☐ Autres : .....

Souhaitez-vous que l'équipe de nuit passe vous voir ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous que votre porte soit fermée à clef ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ par vous ☐ par l'équipe de nuit

Regardez-vous la Télévision le soir ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, faut-il repasser pour l'éteindre ? ☐ Oui ☐ Non

### La sieste

Avez-vous l'habitude de faire la sieste ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui à quel moment de la journée ? .....

Pendant combien de temps ? .....

Avez-vous un rituel avant la sieste ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel ? .....

### Le lever

Quelles sont vos habitudes de lever (heure, rituel, aide...) ?

.....  
.....

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HABITUDES DE LOISIRS



### Avant

Comment occupiez-vous vos temps libres ? (Ex : jardinage, cuisine, sport, religion, voyages, lecture, etc.) .....

Partiez-vous en vacances ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ? .....

Si non, pourquoi ? .....

Aviez-vous un animal de compagnie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Etiez-vous inscrit dans des associations ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel(s) type(s) d'association(s) (culture, club de loisirs, sport, etc.) ?

.....

### Actuellement

Que continuez-vous à faire comme activités ? .....

Avez-vous une passion ? (jouer d'un instrument de la musique, collection, cartes, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

### Demain

Y a-t-il des activités que vous souhaiteriez pratiquer à la résidence ?

☐ Informatique

☐ Gym douce

☐ Yoga

☐ Cuisine

☐ Soins esthétiques

☐ Atelier Mémoire

☐ Jeux de société

☐ Exposition / Musée

☐ Lecture

☐ Sudoku

☐ Puzzle

☐ Jardinage / Bricolage

☐ Activités culturelles, cinéma, bibliothèque

☐ Chant / Musique

☐ Sorties

☐ Tricot, couture

☐ Activités manuelles

☐ Echecs

☐ Informatique

☐ Promenade

☐ Informatique

☐ Loto

Autre : .....

EHPAD Simon  
Bénichou - Nancy

Rédigé par  
S. DUSSERT

Vérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIES

Approbateur  
S. GALMICHE

Edité le  
31/08/2023

Mis à jour  
10/04/2024

## HABITUDES DE DEPLACEMENT



Marchez-vous seul ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'une aide ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Aidé de quelqu'un

Avez-vous votre propre matériel ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, en location ? ☐ Oui ☐ Non

Sortez-vous seul de votre domicile ? ☐ Oui ☐ Non

### Le jour

Comment êtes-vous installé principalement dans la journée ?

☐ En « mouvement » ☐ Alternance en « mouvement » et au fauteuil

☐ Fauteuil ☐ Alternance en fauteuil et au lit

☐ Lit

## PREVENTION

### Prévention des chutes

Etes-vous déjà tombé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, ☐ Le jour ☐ La nuit

Comment ? ☐ Au cours de la marche ☐ Avec obstacle ☐ Sans obstacle

Combien de fois avez-vous chuté dans l'année : Le jour : .... La nuit : .....

Quelles ont été les conséquences de votre chute ?

☐ Hospitalisation ☐ intervention chirurgicale

☐ Autres : .....

Avez-vous réussi à vous relever seul ? ☐ Oui ☐ Non

### Prévention de la douleur

Avez-vous des douleurs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment avez-vous mal :

☐ Compression ☐ Picotement ☐ Brulure ☐ Fourmillement

☐ Engourdissement ☐ Elancement ☐ Autre : .....

EHPAD Simon  
Bénichou - NancyRédigé par  
S. DUSSERTVérifié par  
C. PELLERIN  
I. BLIESApprobateur  
S. GALMICHEEdité le  
31/08/2023Mis à jour  
10/04/2024

Combien avez-vous mal sur une échelle de 0 à 10 ? .....

Où avez-vous mal ? .....

Quand la douleur se déclenche-t-elle ?

☐ Au lever    ☐ Matinée    ☐ Après-midi    ☐ Soirée    ☐ Nuit  
☐ Allongé    ☐ Debout    ☐ En repos    ☐ En mouvement

Avez-vous un traitement ? .....

**Questions que vous vous posez concernant votre entrée en  
EHPAD :**

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