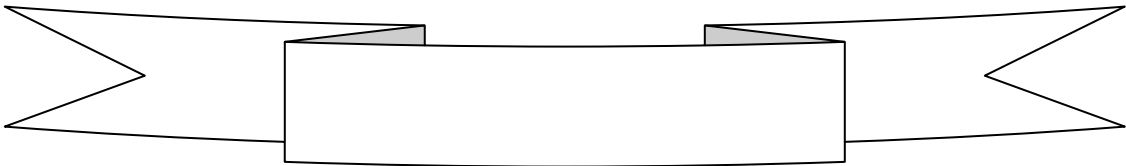




HISTOIRE DE VIE



HISTOIRE DE VIE



Coordonnées :				
Nom :		Date de l'évaluation :		
Numéro de chambre :		# Téléphone famille :		
Type de chambre (CHSLD, R.I, privé) :		Courriel famille :		
État de santé (diagnostics, maladie, opérations, etc.) :				
État Civil :				
Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuf/veuve <input type="checkbox"/> depuis : ans	Séparé(e) <input type="checkbox"/> depuis : ans	Divorcé(e) <input type="checkbox"/> depuis : ans	Marié(e) <input type="checkbox"/> ou en union de fait depuis ans
Nom du conjoint(e) :				
Religion : Pratiquant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Occupations/Métiers antérieurs :		
Lieux de résidences les plus significatifs :				
Personnalité				
Calmé <input type="checkbox"/>	Autoritaire <input type="checkbox"/>	Sociable <input type="checkbox"/>	Travaillant <input type="checkbox"/>	Solitaire <input type="checkbox"/>
Autres :				

Approuvé le Juin 2017	Révisé le Juin 2017
--------------------------	------------------------

Activités de la vie quotidienne				
Hygiène	Bain <input type="checkbox"/>	Douche <input type="checkbox"/>	Lavabo seulement <input type="checkbox"/>	Fréquence :
	Matin <input type="checkbox"/>	Après-midi <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	
	Se parfumait oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Se maquillait oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	Coiffure		Manucure	
Alimentation	Prenait trois repas par jour : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Collation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Quand :	Quoi :
	Mets préférés à ce jour : Mets non-appréciés à ce jour : Collations et breuvages favoris à ce jour :			
Sommeil	Qualité du sommeil :		Heures coucher : lever :	
	Habitudes avant le coucher :			
Habillement	Habitudes particulières			

Activités				
Lecture <input type="checkbox"/>	Artisanat <input type="checkbox"/>	Mots croisés <input type="checkbox"/>	Jardinage <input type="checkbox"/>	Tricot <input type="checkbox"/>
Sports <input type="checkbox"/>	Autres :			
Activités extérieures : (ex. : marche, jardin, corder du bois, racler les feuilles, etc.)				
Activités moins appréciées :				
Animaux domestiques :				
Émissions de télévisions favorites, films, chaînes, etc. :				
Voyages réalisés :				
Chansons et chanteurs préférés :				
Talents ou intérêts particuliers :				

Sujets de discussion de nature positive à aborder :
Sujets de discussion à ne pas aborder :

Autres informations pertinentes ou particularités de la vie quotidienne :
Quels types d'activités risquent de susciter son intérêt :

Parents	
Nom du père :	Occupation :
Nom de la mère :	Occupation :
Nombre de frères et leur nom :	
Nombre de sœurs et leur nom :	

Nom et rang des enfants	Vivants
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Personnes significatives autres que ses enfants		
Noms :	Liens :	Disponibilités/Fréquences visites :

Approuvé le	Révisé le
Juin 2017	Juin 2017

Confidentialité

J'autorise les intervenants prenant soin de _____ à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire d'histoire de vie. J'accepte que le formulaire soit affiché dans la chambre. Je comprends que ceci favorise une approche de soins intégrée, proactive et flexible. Le contenu de ce formulaire permettra de personnaliser les interventions en fonction des habitudes de vie de mon proche.

Nom du résident ou de la personne le représentant :

Lien : _____

Signature du résident ou de la personne le représentant :

Date : ____/____/____

Signature de l'intervenant ayant aidé à compléter le formulaire, s'il y a lieu :

Date : ____/____/____

Approuvé le	Révisé le
Juin 2017	Juin 2017