

**PROJET DE VIE PERSONNALISE**

**Recueil de données**

**Date :**

**Réalisée par :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance, âge :**

**Date de l'entrée à la Bastide :**

**Lieu de résidence avant l'entrée en EHPAD :**

Domicile seul

Domicile en couple

Domicile entourage familial

Foyer logement

Famille d'accueil

Maison de retraite

**Type d'habitat :**

Maison

Appartement

Animal de compagnie

**Aides à domicile :**

**Situation familiale :**

**Famille rencontrée :** oui  non

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé

Enfants : fille(s)

Garçon(s)

Petits enfants :

Type de relation, évènements importants ayant marqué la vie familiale de la personne :

2

**Mr (Me) a été informé(e) de l'admission en EHPAD :**

oui  non

Est-il (elle) à l'origine de la demande ? oui  non

Comment vit-il (elle) son arrivée?

Motif de l'institutionnalisation :

Habitat inadapté  Isolement  Rapprochement familial

Dépendance physique  Dépendance psychique

Autre :

Quelles sont les attentes actuelles du résident, de sa famille ou des aidants non familiaux vis-à-vis de l'EHPAD ?

**Histoire professionnelle :**

Quel niveau d'études ? Quel parcours ? Evènements importants ayant marqués la vie professionnelle de la personne :

**Éléments complémentaires de l'histoire de vie du résident recueillis à l'entretien :**

3

**Habitudes de vie :**

Caractère : aime la compagnie       solitaire       souhait de réception d'amis, de relations

**Habitudes alimentaires :**

Plutôt salé       Plutôt sucré

Composition du petit déjeuner :

Goûter :    oui       non

Aliments ou plats favoris :

Dégoûts alimentaires :

**Activités appréciées avec désir de les poursuivre :**

Lecture       Musique       Radio       Télévision       Actualités

Chant       Activités manuelles       Jeux de société       Informatique

Activités spirituelles       Mots croisés       Cuisiner       Couture

Sport       Marche       Cinéma

Participation à des sorties       Jardinage       Pêche       Animaux

Autres ou précisions :

**Mesure de protection juridique :**

Tuteur : Oui  Non  Curateur : Oui  Non

Si oui : Nom Prénom Tel :

**Personnes à prévenir en cas d'urgence, sur quels horaires et par ordre de priorité:**

4

**Personne de confiance :** Est-ce que le résident connaît le concept ?

Nom : Prénom : Tel :

Déclaration faite : oui  non

**Existence de directives anticipées :** : oui  non

Si oui, où sont-elles déposées ?

**Croyance :**

Pratique régulière d'un culte oui  non

Souhait :

**Souhaits en cas de décès :** attention lors de l'abord de ce sujet, privilégier l'échange spontané.

Dernières volontés connues ? Lieu de dernière demeure connue ?

Qui informer :

Quelle que soit l'heure ?

En journée uniquement (8h-23h) ?

**Fiche pictogramme d'autonomie :**

5

**Points cliniques complémentaires :**

**Respiration**

Normale

Essoufflement

Effort

Repos

Oxygénothérapie :

litres/minute

Aérosol :

Kinésithérapie

Tabagisme

Gestion du tabac :

6

**Cohérence/Orientation**

Normale

Partiellement perturbée

Totalement perturbée

Trouble de la mémoire

Désorientation

Temps

Espace

Démence diagnostiquée

MMS

Hallucinations

Visuelles

Auditives

Confusion

Troubles de l'humeur

**Comportement**

Adapté

Triste/renfermé

Agitation

Diurne

Nocturne

Agressivité/ Opposition

Cris

Déambulation

Risque de fugue

Prise en charge non médicamenteuse aidant à la gestion des troubles du comportement :

## Sommeil

Heure de coucher :

Heure de lever :

Sieste : oui  non

Lever la nuit : oui  non

Insomnie : oui  non

Anxiété : oui  non

7

Habitudes particulières et /ou protocole en cas de réveil nocturne :

## Moyens de sécurité

Barrières de lit

Droite

Gauche

Contention

Fauteuil

Lit

Secteur protégé

## Gestion du linge personnel:

Famille

Maison de retraite

Autre

## Intervenants déjà en place :

Kinésithérapeute :

Dentiste :

Pharmacie :

Coiffeur :

Taxi/ambulance :

Laboratoire :

Radiologue :

Pédicure :

Fiche IDE PVI informatisée



**Fiche antécédents médicaux informatisée :**

**Fiche traitement informatisée :**

10

Fiche Synthèse des éléments médicaux du suivi institutionnel, médecin coordonnateur

**Compte-Rendu prise en charge par kinésithérapeute**

12

**Compte-rendu prise en charge par psychologue**

**Suivi PASA**

**Fiche synthèse animation**

Nom et prénom du résident : .....

Date du PVI : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Le résident participe-t-il aux animations ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? .....

.....  
.....

Le résident est-il :

- Demandeur ?
- Faut-il le solliciter à chaque fois ?

Quelle(s) activité(s) intéresse(nt) le résident ?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Y-a-t-il des difficultés repérées (compréhension, comportement, mobilité, praxie...) ?

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

Quel est le ressenti du résident par rapport aux animations ?

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

**Comment se comporte le résident en groupe ?**

- Participatif
- Motive le groupe
- Réservé (en retrait)
- Présente des troubles du comportement inhabituel
- Accentuation des troubles du comportement
- Intrusif avec les autres résidents
- Autre .....

**Proposition(s) d'activité(s) par l'animatrice**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Commentaire(s) divers par l'animatrice**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....