



# Fiche de renseignements

Révision : 1 FF/ACC/08  
Page : 1/4

Rédacteur :  
MOREAU Nathalie

NOM : .....

PRENOM : .....

## IDENTITE

### ETAT CIVIL

Nom : .....

Né(e) : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu : .....

Nationalité : .....

Religion : .....

Ancienne adresse : .....

### EN CAS D'HOSPITALISATION

Lieu : .....

Mode de transport : .....

Autres : ..... Tél. : .....

### SITUATION SOCIALE

Ancienne profession : .....

Caisse : ..... N°

Adresse : .....

Mutuelle : ..... N°

Adresse : .....

### SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  Célibataire  Veuf (ve)  Divorcé(e)  Nombre d'enfants :

### PERSONNES A PREVENIR

Nom - Prénom	Lien Parenté	Adresse	Tél. Person	Tél. Travail

100% : oui  non

Ordonnancier bizone : oui  non

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice : oui  non  Payant

Aide sociale  Nature de l'ALD :

Gère son argent : oui  non  qui gère :

Médecin traitant : ..... Tél.....

Ophtalmo. : ..... Tél.....

Cardio. : ..... Tél.....

Kiné. : ..... Tél.....

Dentiste : ..... Tél.....

IDE : ..... Tél.....



# Fiche de renseignements

Révision : 1 FF/ACC/08  
Page : 2/4

Rédacteur :  
MOREAU Nathalie

NOM : .....

PRENOM : .....

## HABITUDES DE VIE

### ADMISSION

Choix Personne Agée  Familial  Social

Motifs de l'admission : .....

### PROTHESES

Appareil dentaire :  Lunettes :  Appareil auditif :  Autre : .....

### ENVIRONNEMENT

Social : Maison  Campagne  Confort  Appartement  Ville  Sans confort

Animaux domestiques, voiture, autre : .....

Familial : seul(e)  avec conjoint  avec famille

Connaissance : sait lire oui  sait écrire

Autre (informatique, langues...) : .....

### SIGNES PARTICULIERS

Droitier  Gaucher  Autres : .....

### SOMMEIL REPOS

Lever : ..... h Coucher : ..... h Seule  Aide

Sieste : oui  non

- au lit oui  non  - au fauteuil oui  non  - Insomnies : oui  non

### PROFIL PSYCHOLOGIQUE

Lucidité : oui  non  Cohérence : oui  non

Désorientation : oui  non  Démence : oui  non

Sénilité : oui  non  Agressivité : oui  non

Anxiété : oui  non  Tendance suicidaire : oui  non

Sociabilité : oui  non  Esprit fugeur : oui  non

Tabagisme : oui  non  Alcoolisme : oui  non

Autre : .....

### ELIMINATION

Continence vésicale : jour : oui  non   
nuit : oui  non

Continence anale : oui  non

Anus artificiel : oui  non

Autres : .....

### ELIMINATION NOCTURNE

Pénilex  Change complet  Jour  Nuit  Plat bassin

Change anatomique  Seul  Avec aide



# Fiche de renseignements

Révision : 1 FF/ACC/08  
Page : 3/4

Rédacteur :  
MOREAU Nathalie

**RELATIONS**                    oui                     non

Visites :                    oui                     non

Sorties en famille :                    oui                     non

Et/ou ami :                    oui                     non

Vacances :                    oui                     non

Téléphone :                    oui                     non

## HABILLAGE

Seul :  Partiel :  Total :

## IMAGE DE SOI

Coiffure  Soins des pieds  Maquillage  Bijoux

## ESTHETICIENNE

Nom : ..... Tél. ....

**COIFFEUR** oui  non

A domicile  Nom :

Salon  Nom :                    Tél :

## PEDICURE

Nom :                    Tél.

## TOILETTE

Seul  Avec aide  Aide totale

## HABITUDES ALIMENTAIRES

Régime :                    normal  sans sucre  sans sel  autres :

Sonde gastrique : oui  non

Mange : normal  haché  mixé

Appétit :                    normal  peu  beaucoup

Boissons :                    normal  peu  beaucoup

Compléments alimentaires : oui  non

	Aime	N'aime pas
.....		
.....		
.....		

## MOBILITE

Autonome : oui  non

Avec aide : oui  non

Fauteuil roulant  Déambulateur  Cannes  Nombre



## Fiche de renseignements

Révision : 1 FF/ACC/08

Page : 4/4

Rédacteur :  
MOREAU Nathalie

	Rédaction	Relecture	Validation	Approbation
<b>Nom &amp; Prénom Fonction ou Instance</b>	MOREAU Nathalie Qualiticienne	MOREAU Nathalie Qualiticienne	OZBOLT Carine Directrice	OZBOLT Carine Directrice
<b>Date</b>	21/07/2014			
<b>Visa</b>				