

# RESIDENCE AUTONOMIE LANSADE

## PROJET PERSONNALISE DU RESIDENT

En date du .....

A la demande du résident  d'un proche  du référent

Suite à événement particulier  changement  entretien annuel

NOM : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Situation familiale : marié(e)  veuf (ve)  célibataire  autre  .....

Adresse précédente : .....

.....

Sexe : féminin  masculin

Type d'habitat précédent : maison  appartement  autre  .....

Motif principal de l'entrée : .....

Date d'entrée : .....

Age au jour de l'entretien : .....ans Girage au jour de l'entretien : .....

### **Personne de confiance :**

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

## PROTECTION JURIDIQUE

- . tutelle  . curatelle  . sauvegarde de justice   
. habilitation judiciaire pour représentation du conjoint  . habilitation familiale   
. mesure d'accompagnement social personnalisé   
. mesure d'accompagnement judiciaire

## HANDICAPS

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

## HABITUDES DE VIE

. Conduite d'un véhicule (type, fréquence, trajet,...) : .....  
.....  
.....

. Gestion administrative : avec aide : oui  non

.....  
.....

. Heure du lever : .....h.....

Heure du coucher : .....h.....

Avec aide : oui

non

Sieste : oui

non

Sommeil : facile

troubles

Aide médicamenteuse : oui

non

Si oui, laquelle : .....

. Toilette / habillage : avec aide : oui  non

. Déplacement : avec aide : oui  non

Si oui, de quel type : cannes  déambulateur  fauteuil roulant

. Courses : quotidiennes  régulières  fréquentes

. Ménage : avec aide : oui  non

Si oui, de quel type : aide à domicile  employé(e)  famille

. Tabac : oui  non

Fréquence/quantité : .....

. Alcool : oui  non

Fréquence/quantité : .....

. Coiffeuse / esthéticienne / pédicure,... : oui  non

Fréquence / qui / où : .....

.....

Remarques du résident : .....

.....

.....

.....

.....

Changement/évolution notés : .....

.....

.....

.....

### **PRATIQUES RELIGIEUSES**

Religion : .....

Pratiquant : oui  non

Remarques du résident : .....

.....

.....

.....

.....

Changement/évolution notés : .....

.....

.....

### **ANIMAL DOMESTIQUE**

.....

.....

Remarques du résident : .....

.....

.....

.....

.....

*Changement/évolution notés :* .....  
.....  
.....

**MEDICAMENTS / TRAITEMENTS**

Coordonnées du médecin traitant : .....  
.....

. Gestion des médicaments : .....  
.....  
.....

. Allergies médicamenteuses : .....  
.....

. port de lunettes :                    oui                     non

. port de prothèses auditives : oui                     non

Autre(s) : .....

. Intervention d'Infirmier Diplômé d'Etat libéral : oui                     non

Fréquence : .....

. autre(s) intervenant(s) : .....  
.....

*Remarques du résident :* .....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Changement/évolution notés :* .....  
.....  
.....

**HABITUDES ALIMENTAIRES**

Ce qu'il (elle) aime : .....  
.....  
.....

Ce qu'il (elle) n'aime pas :

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

Régimes particuliers :      Normal                      oui                       non   
   Sans sel                      oui                       non   
   Diabétique                      oui                       non   
   Allergies connues                      oui                       non

Cuisine :                      oui                       non   
Se fait livrer des repas :      oui                       non

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....

Changement/évolution notés : .....  
.....  
.....

**LOISIRS /ACTIVITES /ENVIES**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....

Changement/évolution notés : .....  
.....  
.....

**ELEMENTS BIOGRAPHIQUES**

Relations familiales (enfants, petits-enfants, arrières petits-enfants, frères/sœurs,...)  
décrire les liens : .....

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

Profession(s) exercée(s) (diplômes, profession préférée,...) : .....

.....  
.....

Différentes adresses fréquentées et sa préférée : .....

.....  
.....

Remarques du résident : .....

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

*Changement/évolution notés* : .....

.....  
.....

**RELATIONS FAMILIALES ET AMICALES**

**(VISITES DES PROCHES)**

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

Remarques du résident : .....

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

Changement/évolution notés : .....  
.....  
.....

**PATHOLOGIES ENVENTUELLES**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....

Changement/évolution notés : .....  
.....  
.....

**EVOLUTION DE LA PERSONNALITE DU (DE LA) RESIDENT(E)**

Nature apparente :

- |                 |                              |                              |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| - Fermée        | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Emotive       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Conviviale    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Dépressive    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Communicative | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Anxieuse      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Désorientée   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....

*Changement/évolution notés :* .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**RECUEIL DES ACTIVITES CONNUES**

<b>ACTIVITES</b>	<b>AIME</b>	<b>N'AIME PAS</b>
m'inscrire sur les listes électorales		
participer aux activités séniors de la commune		
aller au restaurant		
aller au théâtre/concert/cinéma		
voir des expositions		
faire son marché		
faire ses courses personnelles		
se balader		
sortir sur une journée		
aller voir sa famille, ses ami(e)s		
être membre d'un club		
être membre d'une association		
participer à des projets extérieurs		
faire des rencontres intergénérationnelles		
voyager		
autres : .....		
.....		
.....		



ACTIVITES	AIME	N'AIME PAS
Pratiquer des activités seul		
pratiquer des activités de groupe		
regarder la télévision		
faire des jeux de stimulation de la mémoire		
jouer d'un instrument		
écouter de la musique		
lire des magazines/romans		
faire des mots croisés/fléchés		
écouter des histoires		
jeux stimulant la logique		
jeux de société		
jeux de cartes		
bricoler		
jardiner		
peindre/dessiner		
faire des créations manuelles		
préparer la cuisine		
participer aux activités quotidiennes		
faire de la couture, du tricot, du crochet		
faire du sport, de la marche, du vélo		
pêcher/chasser		
fêter son anniversaire avec les autres résidents		
ne pas le souhaiter du tout		
autres : .....		

Remarques du résident : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Changement/évolution notés : .....

.....

.....

.....

.....

**DIFFICULTES CONNUES**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Changement/évolution notés :* .....  
.....  
.....

**BESOINS ET ATTENTES DU RESIDENT**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Changement/évolution notés :* .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CHANGEMENTS CONSTATES, BAISSSE DE POTENTIALITE,  
CHANGEMENT D'ATTITUDE OU DE COMPORTEMENT**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CONSEQUENCES IMMEDIATES ET MESURES PRISES**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**EVENEMENTS / FAITS NOUVEAUX / INCIDENTS**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CONSEQUENCES IMMEDIATES ET MESURES PRISES**

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

**REMARQUES DIVERSES**

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

Remarques du résident : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES**

. En cas de perte d'autonomie (orientation souhaitée) :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

. En cas de décès : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Remarques du résident : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Ce document est révisable à tout moment ; une copie sera systématiquement remise au résident concerné.*