

Alimentation :

Quels sont vos aliments préférés ?

.....

Quels sont les aliments que vous n'aimez pas ?

.....

Aimez-vous discuter à table ? Oui Non

Prenez-vous une collation l'après-midi ? Oui Non

Votre petit déjeuner :

.....

Régime :

- Sans sucre
- Sans sel
- Sans sauce
- Sans résidus
- Sans alcool

Votre sommeil :

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

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ? :

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous lever ? :

Prenez-vous une collation (tisane) avant de vous coucher ?

Oui Non

Vous levez-vous la nuit ? Oui Non

Vous réveillez-vous souvent ? Oui Non

Avez-vous déjà chuté la nuit ? Oui Non

Vos habitudes d'esthétisme :

Pédicure ? Oui Non

Manucure ? Oui Non

Coiffeur ? Oui Non

Soins de peau ? Oui Non

MEDICAL

Médecin traitant :

Traitement médical :

Début	Fin	Produit	Matin	Midi	Goûter	Soir	Coucher	Autre	Résumé de distribution

Antécédents médicaux :
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux :
.....
.....
.....

Lieu d'hospitalisation :

En cas d'hospitalisation, personne à prévenir :
.....

Etes-vous à jour de vos vaccinations ? Oui Non

Etes-vous fumeur ? Oui Non

Avez-vous des allergies connues ? Oui Non

Si oui, précisez :

Etes-vous en ALD* ? : Oui Non

Si oui, laquelle ?

A domicile, aviez-vous :

- un lit médical
- un fauteuil roulant
- un déambulateur

Avez-vous : des prothèses auditives gauche droite

des prothèses dentaires haut bas

des lunettes

des verres de contact

un pace maker

des chaussures orthopédiques

autres, précisez :

Poids : Taille :

Avez-vous des séances de kinésithérapie à domicile ?

Oui Non

Avez-vous des séances d'orthophonie à domicile ?

Oui Non

Remarques particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....