



**HISTOIRE DE VIE - SAPA
FP-CISS-6119**

Nous vous remercions d'accepter de remplir le présent formulaire. Il a été élaboré dans le but de nous aider à mieux connaître chaque résident dès son admission au centre d'hébergement ou en ressource intermédiaire. L'accès à l'histoire de vie est réservé au personnel qui dispense des soins et des services et est tenu à la confidentialité des informations transmises.

OBJECTIFS

- Bien connaître le nouveau résident.
- Offrir une approche personnalisée qui tient compte des goûts et des habitudes de vie du nouveau résident.
- Établir une communication qui reconnaît le nouveau résident à travers son vécu, ses réalisations, les éléments marquants de sa vie.
- Faciliter la prestation de soins et de services pour le nouveau résident.
- Bien que conçu pour l'hébergement, ce formulaire peut être utilisé dans différents milieux (centre de jour, soutien à domicile, etc.)

MODALITES

Le formulaire peut être rempli par :

- Le nouveau résident lui-même quand son état de santé le permet. Par un ou plusieurs membres de sa famille ou son représentant légal qui connaît son histoire de vie et peut la transmettre en s'inspirant le mieux possible de ce qu'il croit que le nouveau résident aurait répondu.
- Si possible, le formulaire est rempli avant l'admission de la personne en hébergement. L'intervenant qui accompagne la personne dans la démarche de demande d'hébergement peut aider la personne et sa famille à remplir le formulaire.
- Dans les journées suivants l'admission, un membre de l'équipe soignante du centre d'hébergement ou de la ressource intermédiaire rencontrera l'usager et sa famille afin d'échanger et bonifier si pertinents les différents éléments. Le document, une fois complété, sera conservé au dossier du nouveau résident. Toutes les personnes ayant accès à ces renseignements sont tenues à la confidentialité.

Sources : Histoire de vie, CSSS Pierre-Boucher.
Formulaire d'histoire de vie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Service animation loisirs, CSSS du Suroît

Note : afin de ne pas alourdir le texte, le masculin est employé

Nom de l'utilisateur _____ # dossier : _____

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Comment Monsieur ou Madame aimerait être appelé(e)? _____

Lieu de naissance : _____

Nom du conjoint(e) : _____

Endroit où le résident a passé la majeure partie de sa vie ou qui l'a le plus marqué : _____

État civil

Célibataire Veuf/veuve Séparé(e)

Conjoint(e) de fait Marié(e) Divorcé(e)

Depuis : _____ années

Le résident a-t-il eu des enfants? Oui Non

Combien : _____

Scolarité : _____

Sait lire : Oui Non Sait écrire : Oui Non

Rang dans la famille : _____

Nombre de frères : _____ et de sœurs : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Autre langue connue : _____

Nom et rang des enfants	Sexe	Reconnait	Proximité et lien	Vivant
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personnes significatives autres que les enfants

Nom :	Lien :	Disponibilité :

EMPLOIS/OCCUPATIONS SIGNIFICATIFS (FONCTION ET EMPLOYEUR/ORGANISME - HORAIRE DE TRAVAIL)

1- Entre l'âge de 15 et 35 ans : _____

2- Entre l'âge de 35 et 55 ans : _____

3- Entre l'âge de 55 ans et maintenant : _____

PERSONNALITE

AVANT la maladie ou les déficits connus, quel était le caractère de la personne (exemple : sociable, tranquille, solitaire, autoritaire, déterminée, optimiste, anxieuse, douce, travaillante, coquette, fière, etc.)

APRÈS les déficits connus :

Ce qu'il n'aime pas (exemple : entrer rapidement dans sa chambre, parler de la religion, ou de la politique, fermer ou ouvrir les lumières, ou la télévision sans lui demander, se retrouver seul, ou en groupe) :

HISTOIRE DE VIE – SAPA (suite)
FP-CISS-6119

REALISATIONS ET EVENEMENTS MARQUANTS

Exemples : œuvres littéraires, construction de maison, bénévolat, voyage, etc. :

Événements marquants dans la vie du résident, autant positifs que négatifs (traumatisme, perte importante, grande réalisation, grand bonheur, grande fierté) :

Type de comportement ou problèmes émotionnels connus (gêne excessive, impulsivité, manies, peurs, dépression, méfiance, agressivité, accumulation compulsive) et manière particulière de s'exprimer

Type de comportement	Éléments déclencheurs	Moyens pour diminuer le comportement

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Hygiène

Bain : Oui Non Douche : Oui Non

Lavabo seulement : Oui Non

Préférence de la personne qui donne le soin d'hygiène :

Pudeur : Oui Non

Soins des cheveux : _____/semaine

Quand : _____

Moment :

Matin Après-midi Soir Avant le coucher

Autres activités réalisés:

Se rasait Se parfumait Se maquillait

Peur de l'eau : Oui Non N'aimait pas se laver

Coiffeuse : Oui Non

Nom de l'utilisateur _____ # dossier : _____

Alimentation

Prenait 3 repas par jour : Oui Non
Collation : Oui Non
Quand : _____
 Droitier Gaucher
Appétit, routine, ambiance, endroit ou heure des repas : _____
Aimait aller au restaurant : Oui Non
Gâteries (type de gâteries et fréquence de consommation) : _____
Mets et breuvages préférés : _____
Mets non appréciés/Intolérances : _____
Aimait se faire livrer du restaurant : Oui Non

Habillement

Vêtements préférés et tenue vestimentaire habituelle : _____

Habitudes, préférences et particularités (exemple : mettre des bas pour dormir, garder ses prothèses dentaires pour dormir, porter une camisole en tout temps) _____

Sommeil

Qualité du sommeil : _____
Au coucher/lever : _____
Prière : _____
Écouter la télévision : _____
Lecture : _____
Musique : _____
Autres : _____
Heure du lever habituelle : _____
Heure du coucher habituelle : _____
Sieste : Oui Non
Quand : _____
Autres éléments du rituel (exemple : petits biscuits avant d'aller se coucher) : _____

Note : (M) indique matin (C) indique coucher

INTÉRÊTS/ACTIVITÉS FAVORITES

Intérêts spirituels

Quelle est la religion du résident? _____ Est-il pratiquant? Oui Non
Si oui : Veut-il aller à la messe régulièrement? Oui Non
Aime-t-il mieux écouter la messe à la télévision? Oui Non
Veut-il être visité par l'agente de pastorale ou intervenant spirituel? Oui Non
Préfère-t-il prier seul? Oui Non ou En groupes? Oui Non
Autres (ex : veut garder son chapelet près de lui?) : _____

Intérêts artistiques

Bricoler : Oui Non Dessiner : Oui Non
Chanter : Oui Non Tricoter : Oui Non
Écouter de la musique : Oui Non Type/genre : _____
Écouter des films : Oui Non Type/genre : _____
Autres (ex : jardinage, peinture) : _____

HISTOIRE DE VIE – SAPA (suite)
FP-CISSL-6119

INTÉRÊTS/ACTIVITÉS FAVORITES (SUITE)

Intérêts sociaux

Cuisiner : Oui Non Repas en plein air : Oui Non
Jouer aux cartes : Oui Non Voitures : Oui Non
Avoir de la visite : Oui Non Si visite, indiquer qui : _____
Aime les animaux : Oui Non Ne sait pas
En a-t-il déjà eu : Oui Non
Si oui, le nom de l'animal et la sorte : _____
Rencontres festives (party, expositions) : Oui Non
Sports : Oui Non Lesquels : _____
Chasse : Oui Non Pêche : Oui Non
Autres genres d'activités ou de sorties qu'il aime : _____

Intérêts intellectuels

Lecture de journaux : Oui Non Ordinateur : Oui Non
Lecture de revues : Oui Non Genre lecture : _____
Jeux de société : Oui Non Genre de jeux : _____
Écouter la télévision : Oui Non Émissions favorites : _____

Commentaires : (autres éléments que le résident ou son proche estiment pertinents pour mieux connaître le résident) :

Confidentialité

J'autorise les intervenants prenant soin de _____ à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire d'histoire de vie. J'accepte qu'ils soient disponibles à tous les intervenants offrant des soins à mon proche. Je comprends que ceci favorise une approche de soins intégrée pro active 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

Signature

Nom de l'intervenant

Signature

Date : _____