



ANNEXE 1 : COMPLEMENT DOSSIER D'ADMISSION

de Madame ou Monsieur

ENTOURAGE DU RESIDENT (autre que la personne référente)

Nom et prénom	Coordonnées
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>.....</p>	<p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse email :@.....</p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone portable : <input type="text"/></p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>.....</p>	<p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse email :@.....</p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone portable : <input type="text"/></p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>.....</p>	<p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse email :@.....</p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone portable : <input type="text"/></p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>.....</p>	<p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse email :@.....</p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone portable : <input type="text"/></p>

HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE

Mode de Vie

- Seul(e) Avec conjoint Avec enfant(s)
- En ville A la campagne Dans une maison En appartement
- Avec un jardin ou une cour Avec un animal de compagnie _____

Habitudes alimentaires

Composition du petit déjeuner _____

Mets favoris _____

Dégoûts alimentaires _____

Goûter _____

Régime particulier _____

Autres _____

Sommeil

Heure de coucher _____

Heure de lever _____

Sieste _____

Lever la nuit _____

Anxiété _____

Habitudes particulières _____

Caractère

Sociable Réservé Anxieux

Autre _____

Pratique régulière d'un culte

Oui non

Si oui lequel _____

Centres d'intérêt

<input type="checkbox"/> Lecture	<input type="checkbox"/> Télévision	<input type="checkbox"/> Actualité	<input type="checkbox"/> Musique
<input type="checkbox"/> Chant	<input type="checkbox"/> Peinture	<input type="checkbox"/> Bricolage	<input type="checkbox"/> Jeux de société
<input type="checkbox"/> Jeux de cartes	<input type="checkbox"/> Mots croisés	<input type="checkbox"/> Couture	<input type="checkbox"/> Tricot
<input type="checkbox"/> Cuisine	<input type="checkbox"/> Jardinage	<input type="checkbox"/> Cinéma	<input type="checkbox"/> Voyages
<input type="checkbox"/> Informatique	<input type="checkbox"/> Astronomie	<input type="checkbox"/> Animaux	<input type="checkbox"/> Marche
<input type="checkbox"/> Chasse	<input type="checkbox"/> Pêche	<input type="checkbox"/> Poterie	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Danse	<input type="checkbox"/> Décoration	<input type="checkbox"/> Gym	<input type="checkbox"/> Poterie
<input type="checkbox"/> Théâtre	<input type="checkbox"/> Sorties	<input type="checkbox"/> Mécanique	<input type="checkbox"/> Autres

Langue parlée (autre que français)

Profession(s) exercée(s) au cours de la vie active

Evènements importants ayant marqué la vie du résident

Si une information supplémentaire vous semble importante, merci de la noter ci-dessous

CONDUITE A TENIR

Information du référent quand consultation externe

Oui Non

Information du référent quand hospitalisation

quelle que soit l'heure en journée uniquement
(de 8h à 23 h)

Choix du lieu d'hospitalisation (dans la mesure des possibilités)

Oui Non Si oui, lequel _____

Information du référent en cas de **décès**

quelle que soit l'heure en journée uniquement (de 8h à 23 h)

Dernières volontés connues : _____

Existence d'un contrat d'obsèques

Oui Non Si oui, numéro contrat : _____

Choix des pompes funèbres

Oui Non Si oui : Pompes funèbres _____

Don du corps à la science

Oui Non

Existence de directives anticipées

Oui Non Si oui, où sont-elles déposées ? _____