

PROFIL DE L'USAGER

COMMUNICATION — COMPORTEMENT

Communication : verbale écrite gestuelle
 Tutoiement : oui non Langue _____
 Nationalité _____ État civil _____
 Religion _____ Scolarité _____
 Occupation antérieure _____
 Personnes significatives _____

Handicap

Audition Vision Langage Locomotion
 – Spécifier _____
 Compensation _____

Attention (concentré-distract) _____
 Compréhension (alerte-lent) _____
 Prise de décision _____
 Adaptation _____
 Humeur (gai-triste) _____
 Participation _____
 Interaction sociale _____

Mémoire : Ancienne Récente _____

Orientation :
 – Temps : J S N _____
 – Espace : J S N _____
 – Personnes : J S N _____

N° de dossier :

Date d'admission :

ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES SOCIALES

• D _____ • J _____
 • L _____ • V _____
 • M _____ • S _____
 • M _____

RESPIRATION

Tabagisme _____
 Ex. respiratoires _____
 Aspiration des sécrétions _____
 Humidificateur _____
 Particularités _____

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Avec aide	Aide totale	Sans aide
Se laver			
Se raser			
Se brosser les dents			
Se laver la tête			
Se peigner			
Se vêtir			
Se dévêtir			
Se lever du lit			
Se coucher			
Circuler			
S'asseoir – se lever debout			
Prendre l'ascenseur			
Téléphoner			
Compléter son menu			
S'alimenter			
Aller à la toilette			
Prendre ses médicaments			
.....			
.....			
.....			

Entretien du linge personnel

HYGIÈNE

Bain :
 • Partiel _____ • Complet _____
 • Au lit _____
 • Baignoire _____
 • Douche _____
 • Lavabo _____
 Hydrothérapie _____
 Soins spéciaux _____

MOBILITÉ – CONFORT

Canne Chaise roulante _____
 Marchette Côtés de lit _____
 Lève personne Contraintes : Lit Fauteuil Autres _____
 Matelas pneumatique _____
 Sommeil _____
 Sieste _____
 Exercices musculaires _____

 Changement de position _____ Friction-installation _____

 Particularités _____

ALIMENTATION

Dents : naturelles _____ prothèses ► haut _____ bas _____
 Collation : A.M. _____ P.M. _____ HS _____
 Hydratation _____ Alcool _____
 Endroit du repas : Chambre Salle à manger _____
 Besoins nutritionnels spécifiques _____

 Dosage ingesta _____ Allergie _____

ÉLIMINATION

	J	S	N	
Urinal				Sonde _____
Bassin de lit				_____
Culotte				Dosage _____
Condom				Stomie _____
Chaise d'aisance				_____
Toilette				_____
Incontinence :				_____
• Urinaire				occ. _____ fréq. _____ tot. _____
• Fécale				occ. _____ fréq. _____ tot. _____
Rééducation				_____
_____				_____
_____				_____

Pagination _____ Profil de l'utilisateur en date du _____

AH-401 (rév. 01-02) Signature _____