

HISTOIRE DE VIE

Parce que votre histoire nous tient à cœur

Nom : _____

Prénom : _____

M F

Numéro de la chambre : _____

PROFIL PERSONNEL

Comment souhaitez-vous être nommé?

Quel est votre lieu de naissance?

Célibataire : <input type="checkbox"/>	Mariage ou union : <input type="checkbox"/> depuis :	Séparation : <input type="checkbox"/> depuis :
	Divorcé(e) : <input type="checkbox"/> depuis :	Veuvage : <input type="checkbox"/> depuis :

Nom et prénom de votre conjoint (e) :

Lieux de résidence significatifs :

Je sais lire : oui non

Je sais écrire : oui non

Quelle est votre religion?

Êtes-vous pratiquant (e)? : oui non

Quelle est votre langue maternelle?

Langues parlées :

Avez-vous des enfants? oui non Si oui, combien?

Nom et rang des enfants

Quelles sont les personnes significatives autres que vos enfants et le lien qui vous unit (ex : petits-enfants, amis, etc.)

CHEMINEMENT PERSONNEL

Occupation professionnelle entre 15-35 ans :	entre 35-55 ans :	après 55 ans :
---	-------------------	----------------

Activité de bénévolat : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, de quelle nature?
---	---------------------------

Parlez-nous de vos accomplissements personnels ou professionnels qui vous occasionnent le plus de fierté :

Quel est le moment heureux le plus significatif pour vous :

Quelle attention ou quel geste vous rend heureux?

Avez-vous voyagé? : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les pays ou les régions que vous avez aimés visiter?
---	---

Animal significatif : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, type d'animal :	Son nom :
---	-------------------------	-----------

ACTIVITÉS FAVORITES : loisirs, passe-temps (ex : musique, peinture, bricolage, etc.)

Qu'est-ce que vous aimez ou aimiez le plus faire lors de vos journées ou dans la vie?

Activités physiques	marche <input type="checkbox"/>	quilles <input type="checkbox"/>	relaxation <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Activités intellectuelles	ordinateur (iPad) <input type="checkbox"/>	journaux / lecture <input type="checkbox"/>	jeux de société <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Divertissement	jeux de cartes <input type="checkbox"/>	films spectacles <input type="checkbox"/>	bingo <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Expression et création	peinture <input type="checkbox"/> dessin <input type="checkbox"/>	bricolage <input type="checkbox"/> tricot <input type="checkbox"/>	chant <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Activités sociales	fêtes thématiques <input type="checkbox"/>	pique-nique <input type="checkbox"/>	participation à divers comités <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Sorties	magasinage <input type="checkbox"/>	cinéma/spectacles <input type="checkbox"/>	restaurant <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Précisez :
Musique préférée	Quel style de musique préférez-vous? Quel est votre chanteur préféré ou chanteuse préférée? Quel est votre musicien préféré ou musicienne préférée?				

Quelles seraient les activités à éviter ou qu'est-ce que vous aimez le moins faire?

Avez-vous des attentes particulières en cours d'hébergement comme résident?

Avez-vous eu des discussions ou directives en regard aux soins de fin de vie ? Si oui, désirez-vous nous en parler?

Selon vous, est-ce qu'il y a autre chose que nous devrions savoir qui nous permettrait de vous donner et assurer les meilleurs soins et services?

Complété par : _____ Date : _____

Sources :

Institut de gériatrie de Montréal (2007), Formulaire d'histoire de vie (IUGM-188-R).
Services d'expertise en psychogériatrie, enseignement et consultation (SEPEC), Résumé histoire de vie.
CISSS de Laval (2017), Résumé d'histoire de vie (68-000-547). Direction programme soutien à l'autonomie de la personne âgée.
CSSSR Y (2015), guide des préférences du résident.
CISSS de la Montérégie-Est / RLS Pierre-de-Saurel (2016), Fiche de préférences de la personne hébergée.

Direction du programme
soutien à l'autonomie des personnes âgées - Hébergement

HIST IRE DE VIE

Parce que votre histoire nous tient à cœur

pour

Les résidents des centres d'hébergement du CISSS Montérégie-Est