

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

FORMALITES ADMINISTRATIVES :

Nom et Prénom : Date de naissance : .../.../..... âge : ans

Numéro de chambre : Date d'entrée : .../.../.....

Nom des référents soignants :
.....

Date du remplissage du questionnaire :/...../.....

Hébergement longue durée : Oui Non

Hébergement temporaire : Oui Non

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Référent familial (nom/prénom/ lien de parenté) :

.....

Coordonnées du référent :
.....
.....
.....

Mesure de protection : Non en cours à la date du :/...../.....

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

➤ Qui (nom, prénom) :

➤ Adresse :

➤ Téléphone :/...../...../...../...../.....

Avez-vous reçu le livret d'accueil ? Oui Non Remis le : .../.../.....

Avez-vous reçu le règlement intérieur ? Oui Non Remis le : .../.../.....

Autorisation de droit à l'image : Oui Non (document disponible à l'administration)

Souhaitez-vous exercer vos droits civiques ? Oui Non

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

QU'EST-CE QUE LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE ?

(À lire avec le résident et/ou sa famille)

La raison d'être du projet de vie individualisé est d'améliorer votre qualité de vie en vous permettant de **rester acteur de votre vie**.

L'élaboration du projet de vie doit permettre votre prise en charge individualisée et personnalisée en tenant compte :

- De vos habitudes de vie
- De vos demandes et préférences (désirs)
- De vos besoins
- De votre autonomie physique et psychique
- Des conciliations avec les contraintes collectives

Il repose sur un recueil de données vous concernant, l'écoute attentive à votre intention, la reconnaissance et le respect de votre personne.

Le projet d'accompagnement personnalisé est élaboré pour toute personne après son admission dans la structure dans un délai qui doit être adapté à chaque situation, si possible dans les 3 premiers mois et au plus tard dans les 6 mois suivant l'admission de la personne.

Il est actualisé ensuite en fonction des nouvelles données progressivement recueillies et réévalué entièrement dès que l'évolution de la situation l'exige et au moins tous les ans.

Les soignants ne doivent pas oublier les objectifs du projet de vie :

- Rassembler l'équipe autour du résident,
- Affirmer la position d'acteur de la personne accompagnée,
- Garantir une qualité de vie,
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

FORMALITE D'ACCUEIL AVANT/A L'ENTREE

- Visite à domicile Accueil d'urgence
 Visite en structure de soins Vient d'un autre EHPAD
 Visite de la structure
 Accompagnants lors de la visite de pré admission :

.....
.....
.....
.....

Situation avant l'entrée en résidence :

Vous viviez chez vous, chez vos enfants, dans un foyer ARFO ?
autre ?

Vous aviez une aide-ménagère ou médicale ? Oui Non

Votre lieu de résidence avant l'entrée en EHPAD :

Cadre de vie à domicile :

- Maison Ville Propriétaire
 Appartement Campagne Locataire

Lieux de résidences significatifs :

.....
.....
.....
.....

APA à domicile : Oui Non

GIR à l'entrée :

Êtes-vous informés sur les directives anticipées ? Oui Non

Les avez-vous rédigées ? Oui Non

Si oui, où se trouvent-elles ?

Êtes-vous informés sur la personne de confiance ? Oui Non

Avez-vous désigné une personne de confiance ? Oui Non

Si oui, qui est-elle ?

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

VOTRE HISTOIRE DE VIE

Situation de famille :

- Marié(e) depuis :ans.
- Veuf(ve) depuis :ans, date du décès du conjoint :
- Divorcé(e) depuis :ans, date du divorce si important :
- Célibataire
- Adresse de votre conjoint :
- Quelles profession(s) exercez-vous ?
- Êtes-vous ancien combattant et/ou femme d'ancien combattant : Oui

Vos enfants :

| Nom/Prénom | Adresse et téléphone | Profession | Mail |
|------------|----------------------|------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Avez-vous un ou des enfants décédés ? Et quand ?

.....
.....

Relations privilégiées autres que vos enfants :

| Nom/Prénom | Adresse et téléphone | Lien | Mail |
|------------|----------------------|------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Y-a-t-il des personnes qui vous sont importantes décédées et quand ?

.....
.....

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Gestion du courrier : Vous Référent familial Tuteur
 Autre :

Gestion du linge : Structure Autre :

Motifs d'entrée en EHPAD :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qui est à l'origine de la demande de votre entrée en EHPAD ?

.....
.....

Êtes-vous informé de votre entrée ? Oui Non

Le consentement éclairé a-t'il été recherché ? Oui Non

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

VOS HABITUDES DE VIE/RECUEIL D'INFORMATIONS AVANT VOTRE ARRIVEE

Communication, cohérence et comportement :

| | Oui | Non | Précisions (si nécessaire) |
|--|-----|-----|----------------------------|
| S'exprime oralement | | | |
| Expression spontanée | | | |
| Difficulté d'expression | | | |
| Compréhension de ce qui est dit | | | |
| Communication non verbale <ul style="list-style-type: none"> • Écriture • Signes • Toucher • Regard • Mimiques • Images • Pleurs • Sourires • Agitation | | | |

Altération de la perception sensorielle :

- Auditive : Oui Appareillé à gauche Appareillé à droite
- Visuelle : Oui Lunettes
- Gustative :
- Tactile :
- Maîtrise de l'écriture : Oui Non Maîtrise de la lecture : Oui Non

| | Oui | Non | Préciser (si nécessaire) |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Troubles de la mémoire | | | |
| Repérage dans le temps | | | |
| Repérage dans l'espace | | | |
| Cohérence | | | |
| Troubles du comportement <ul style="list-style-type: none"> • Manifestation verbale • Manifestation physique | | | |
| Confusion | | | |
| Hallucinations | | | |

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Vos traits de Caractère :

.....
.....
.....
.....

Vie quotidienne et rythme de vie / préférences :

Positionner sur l'échelle : lever, toilette, petit déjeuner, déjeuner, dîner, sieste, TV, WC, promenade, coucher...

Matin :

6h / / / / / / / 14h

Après-midi :

14h / / / / / / / 21h

Nuit :

21h 6h

LEVER :

➤ Marche seul(e) : Oui Non

Si Non, à cause de : Fatigue Perte d'équilibre

Douleur Hémiplégie droite

Hémiplégie gauche Autre :

➤ Périmètre de marche :

➤ Risque de chute : Oui Non

➤ Risque d'errance/déambulation : Oui Non

Si Oui, Jour Nuit

➤ Ne marche plus :

Depuis/...../.....

Cause :

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Matériel utilisé :

- Cannes, type : Déambulateur, type
- Prothèse(s), type : Fauteuil, type :
- Lève-malade Verticalisateur
- Matelas, type :

SOINS CORPORELS

Toilette :

- Seul(e) Au lit
- Aide partielle Au lavabo
- Aide totale
- Prend des douches Fréquence :
- Prend des bains Fréquence :

Hygiène buccodentaire :

- Seul(e) Aide partielle Aide totale
- Prothèses dentaires amovibles : Haut Bas
- Entretien des prothèses : Seul(e) Aide partielle Par un soignant
- Appareil auditif : Gauche Droite

HABILLAGE/DESHABILLAGE :

- Seul (e) Aide totale Aide partielle
- Choisit ses vêtements seul(e)
- Accessoires (montre, bijou, perruque, cravate...) :
- Frileux :
- A toujours chaud :

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE



ALIMENTATION

- Fausse route aux liquides Eau gélifiée
 Fausse route aux solides Eau gazéifiée
Vous gérez votre traitement seul(e) Oui Non

Les repas :

- Bon appétit Petit appétit

Mets préférés :

Mets non appréciés :

Régime : Oui, précisez :

Texture : Normale Semi-liquide Mouliné Mixé

Sonde gastrique :

Boit : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Au verre Au verre à encoche nasale A la petite cuillère

A la paille Autre :

Aime boire : Café Thé Chocolat Jus de fruit Eau Vin

Autre :

Mange : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Poids : Kg Taille : Cm IMC :

ELIMINATION

Exprime ses besoins Besoins programmés

Continence urinaire Continence fécale

Sujet à la rétention d'urine Sujet aux diarrhées Sujet à la constipation

Utilise les toilettes : Non Seul(e) Aide partielle Aide totale

Matériels : Bassin Urinal Chaise percée Pénilex

Sonde urinaire Poche de colostomie

Protection diurne Type : Taille :

Protection nocturne Type : Taille :

Autre :

Commentaires :

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

SOMMEIL

Se couche vers :h..... Se lève vers :h.....

- Seul(e) Avec aide
- Réveil nocturne Insomnie Apnée du sommeil
- Sieste Somnolence Déambulation nocturne

Facteurs favorisant le sommeil :

- Lecture TV Musique
- Veilleuse Tisane
- Porte ouverte Porte fermée Entrouverte
- Volets ouverts Volets fermés Entrouverts

Facteurs réduisant le sommeil :

.....

.....

Éléments importants me concernant

Oxygène :

Douleur :

Exprime une douleur physique : Oui Non

Localisation :

Exprime une douleur morale : Oui Non

Liée à :

Autre :

.....

Agir selon ses croyances :

Pratiquant : Oui Non

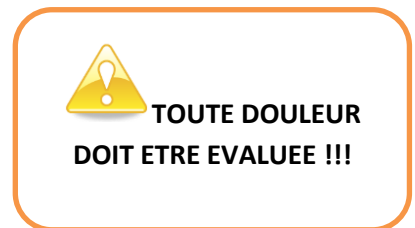
Culte : Catholique Musulman Israélite

Autre :

Référent religieux : Oui Non Nom :

Coordonnées :

.....



PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

VIE SOCIALE, LOISIRS ET PLAISIRS :

Présence familiale et/ou entourage : Oui Non

Vous reconnaissez :

Les visiteurs : Oui Non

Les soignants : Oui Non

Souhaite connaître la mission des bénévoles : Oui Non

Désire aller vers les autres résidents : Oui Non

Désir d'aller à l'extérieur : Oui Non

Sorties possibles : Seul(e) Accompagné(e)

Par qui :

Où :

Objet qui lui tient à cœur :

Les petits plaisirs : Tabac Chocolat Autre :

Souhaite avoir ses fêtes et anniversaires souhaités : Oui Non

.....
.....

Aime être entouré(e) : Oui Non

Aime la solitude : Oui Non

Aime : Téléphone TV Radio Journaux/Magasines Musique Goûts musicaux :

Aide à la gestion du courrier : Oui Non

Aide à la lecture du courrier : Oui Non

Désire participer aux activités : Oui Non

Loisirs avant l'entrée en institution :

.....
.....
.....

Activités souhaitées : (artistiques, sportives, centre d'intérêt, vie quotidienne, jeux, conversation, musique, chant, lecture, décoration du service, fêtes, sorties...) abonnement de journaux ?

.....
.....
.....
.....

Se préoccupe de sa santé : Oui Non

Comment :

.....

Avait il/elle un animal ? Oui Non

Lequel ?

.....

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Vos projets : (si nécessaire une fiche projet est disponible en annexe 3)

Projet 1 :

Nom de l'agent : Date :/...../.....

| | OBJECTIFS | ACTIONS ASSOCIEES | EVALUATION |
|-------------|-----------|-------------------|------------|
| Court terme | | | |
| Moyen terme | | | |
| Long terme | | | |

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Projet 2 :

Nom de l'agent : Date :/...../.....

| | OBJECTIFS | ACTIONS ASSOCIEES | EVALUATION |
|-------------|-----------|-------------------|------------|
| Court terme | | | |
| Moyen terme | | | |
| Long terme | | | |

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Projet 3 :

Nom de l'agent : Date :/...../.....

| | OBJECTIFS | ACTIONS ASSOCIEES | EVALUATION |
|-------------|-----------|-------------------|------------|
| Court terme | | | |
| Moyen terme | | | |
| Long terme | | | |

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

ANNEXES

- **Annexe 1:** Fiche partage
- **Annexe 2:** Fiche attentes
- **Annexe 3:** Fiche projet

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

FICHE PROJET RESIDENT

Nom et Prénom

Titre du projet :

Date :/...../.....

Motif du projet : (Pourquoi du projet ? Désir)

.....
.....
.....

Réalisation de ce projet : (le quoi faire)

.....
.....
.....
.....

Comment ?

.....
.....
.....
.....

Avec qui ?

.....
.....
.....
.....

Quand et Combien ?

Lundi / Mardi / Mercredi / Jeudi / Vendredi / Samedi / Dimanche

Horaires :

Autres :

Projet à évaluer le et tous les