**Date de rédaction-fiche : Remplie par (Nom-Fonction):**

**IDENTIFICATION DU RESIDENT**

**Nom : Prénom : Date de naissance :**

**□ Verbale □ Non verbale Modalités d’expression :**………………..……………..……………..………………...……………..

**COMMUNICATION**

**□ Sonde nasogastrique**

**□ Gastrostomie** (Fournir le protocole d’alimentation)

**Troubles du comportement alimentaire : □ Anorexie □ Boulimie □ Potomanie**

**□ Participation □ Agitation □ Repli sur soi □ Auto-agressivité □ Hétéro-agressivité**

**□ « A ne pas faire » : …………………………………………………………………………………………………………………………………….………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**□ Attitude spécifique :……………………………………………………………………………………………………………………………..……………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**□ Autre :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**MOTRICITE**

**□ Adaptée □ Raideurs □ Mouvements anormaux : ……………………………………………………………………………………..**

**LOCOMOTION - AIDES TECHNIQUES - INSTALLATION**

**□ Marche autonome □ Marche aidée □ Alitement permanent**

**□ Canne □ Déambulateur □ Aide aux transferts □ oui □ non**

**Modalités de transferts : …………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**□ Chaussures orthopédiques □ Attelles : ………………………………………………………………………………………………….**

**□ Fauteuil roulant manuel □** **Fauteuil roulant électrique**

**□ Installation individualisée / Modalités : ………………………………………………………………………………………………………………… □ Coussin anti-escarre □ Matelas anti-escarre : …………………………………………………………………………………………..**

**□ Lit médicalisé □ Lit bas de type Alzheimer □ Autre : ………………………………………………………………………………**

**HYGIENE Autonomie : □ Oui □ Non**

**Aide à la toilette : □ Complète □ Partielle / préciser : …………………………………………………………………………………..**

**Soins spécifiques : □ Soins de bouche  □ Soins des yeux  □ Soins de peau**

**ELIMINATION Autonomie : □ Oui □ Non □ Partielle**

**□ Sonde urinaire : N°**……… **□ Intermittente**

**□ Colostomie**  **□ A demeure**

**□ Sonde urétérostomie : N°**………

**□ Protection : □ Jour □ Nuit Taille :**………………..

**□ Mise au WC □ Urinal**

**Date et heure des dernières selles :………………………………**

**VIE PSYCHIQUE**

**ALIMENTATION Autonomie :**  **□ Oui □ Non □ Partielle**

**Risque de fausse route : □ Oui □ Non Type de boisson : □ Liquide □ Gélifiée**

**Alimentation : □ Normale □ Hachée □ Mixée Régime :…………………………………………………………………………………………………………………….**

**SOMMEIL □ Normal □ Perturbé**

**Orthèses de nuit : □ Oui □ Non Préciser :………………………………………………………………………………………….**

**Traitement de nuit : □ Oui □ Non Heure d’administration :**.……………………

**Besoins et installations particuliers (rituel) : …………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**