



Services aux personnes à domicile (NF 311)
Delivrée par AFNOR Certification – www.marque-nf.com
S.M.D. LYON Tél. 04.78.28.25.75

----- SERVICE DE MAINTIEN A DOMICILE LYON Pentes Presqu'île Plateau -----

Aide à domicile référente du livret :

Nom des autres aides à domicile :

Livret d'accompagnement

Mis en place le :

Ce livret appartient à :

En cochant, j'autorise l'accès à ce support aux professionnels de santé, dans le cas où je serais dans l'incapacité de m'exprimer ou de donner un avis éclairé sur les habitudes de vie. Il restera cependant ma propriété et je pourrai le récupérer à ma demande.



adessadomicile
Fédération Nationale

✍ Secteur Croix Rousse (Pentes & Plateau): 28, Rue Denfert Rochereau 69004 LYON - ☎ 04.78.28.25.75 ☎ 04.78.28.08.15
✍ Secteur Presqu'île et SSIAD 2^{ème} 32, Cours Bayard 69002 Lyon ☎ 04.78.37.24.12 - 34, Rue Quivogne ☎ 04.78.38.24.17
✍ SSIAD 1^{er} 1, Rue Imbert Colomès 69001 LYON - ☎ 04.72.07.60.09 ☎ 04.78.08.21.94
Association 1901 sans but lucratif - Agréée Qualité par la Préfecture du Rhône n° 2007-2.69.0210.
Membre d'ADESSADOMICILE et de l'URIOPSS - Partenaire du réseau de santé CORMADOM
SMD Lyon est titulaire de la marque NF Service « Services aux personnes à domicile » www.SmdLyon.fr

Sommaire

Feuillelet n°1

Histoire de vie

Feuillelet n°2

Habitudes de vie

Feuillelet n°3

Remplacements de l'aide à domicile

Feuillelet n°4

Evènements importants

Feuillelet n°5

Hospitalisations

- *Feuillelet n°1*

Histoire de vie

- Date et lieu de naissance :

- Détails importants sur mon enfance :

- Prénom (ou surnom) de mes frères et sœurs vivants / décédés, lieu d'habitation et fréquence des visites :

- Lieu(s) où j'ai vécu et adresse actuelle :
Remarques :

- Profession(s) que j'ai exercée(s) :
Remarques :

- Profession(s) qu'a exercé mon conjoint :

- Situation familiale actuelle:

Prénom (ou surnom) du conjoint :

- Evènements de vie importants:

- Prénom (ou surnom) de mes enfants vivants / décédés, lieu d'habitation et fréquence des visites :

- Autres membres de la famille (et fréquence des visites) :

- Loisirs / activités que je pratique ou que je pratiquais :

Radio ?

Télévision ?

Lecture ?

Jeux ?

Activités sportives ?

Musique ?

Engagements bénévoles ?

Voyages ?

Autres :

.

- Religion / Pratique / Objets de culte :

- Animaux domestiques :

- Objets (photos, bijoux, objets de décoration etc.) / Meubles particulièrement investis :

• *Feuille n°2*

Habitudes de vie

Alimentation

J'aime....

Je n'aime pas...

Je suis allergique à...

Je bois...

J'achète mes produits à...

Je cuisine (ou cuisinai)...

Mon petit déjeuner se compose de...

Mes habitudes alimentaires lors du déjeuner :

Mes habitudes alimentaires lors du souper :

Heures habituelles des repas :

Matin :

Midi:

Soir :

Sommeil

¹ Note :

Marquer en rouge les rajouts ou les modifications concernant les habitudes de vie de la personne âgée

Je me couche aux environs de...

Je me lève aux environs de...

Sieste :

Rituels de coucher :

Remarques :

Relations extérieures

- Intervenants extérieurs professionnels (noms, jours d'intervention et horaires) :

* **Aides à domicile :**

* **Médecin référent :**

déplacement à domicile

* **Service SSIAD :**

* **Kiné :**

déplacement à domicile

* **Autre (s) :**

-Relations de voisinage :

visites à domicile

invitation

appel téléphonique

sortie accompagnée

petits services / dépannage / courses

-Relations amicales :

visites à domicile

invitation

appel téléphonique

sortie accompagnée

petits services / dépannage / courses

-Réfèrent familial :

- visites à domicile
- invitations
- appels téléphoniques
- sorties accompagnées
- petits services / dépannage / courses

-Vie de quartier :

- Association, Clubs, Maison de quartier, Centres sociaux, etc.
- Lieux de convivialité (café, place du marché, parc, banc, etc.)
- Services rendus par des commerçants du quartier (livraison à domicile, visites à domicile, etc.)
- Interventions de bénévoles

- Présences les Dimanches / Jours fériés / Vacances :

² Note :

Marquer en rouge les rajouts ou les modifications concernant les habitudes de vie de la personne âgée

Sorties / activités régulières

Autres habitudes de vie

- Vestimentaires :
- Coiffure / maquillage :
-

Personnalité

Selon la personne aidée :

Selon le référent familial :

Selon l'aide à domicile référente du livret :

Remarques :

- ***Feuillet n°3 : Remplacement de l'aide à domicile***

Période de remplacement :

Nom de l'aide à domicile rédactrice :

Nom de l'aide à domicile remplaçante :

Récit de la façon dont s'est déroulé le remplacement :

Remarques :

- ***Feuillet n°4 : Evènements importants***

Date de l'évènement :

Nom de l'aide à domicile rédactrice :

Récit de l'évènement important :

Vécu personnel de cet évènement:

Remarques :

- *Feuillet n°5 : Hospitalisations*

Date de l'hospitalisation :

Nom de l'aide à domicile rédactrice :

Motifs d'entrée :

Vécu de l'hospitalisation :

Remarques :

Feuillet n°6 : Intervention équipe mobile SMD LYON

Date de début d'intervention :

Aménagements et équipements divers installés dans le domicile :

* pour le lever :

* pour la toilette :

* pour le repas :

* pour les WC :

* pour les déplacements intérieurs / extérieurs :

* pour l'utilisation du téléphone :

* pour se repérer dans le temps et dans l'espace :

Commentaires de l'ergothérapeute :

Commentaires de la psychomotricienne :

Commentaires de l'assistante de soins en gériologie :