



176 av de Montolivet BP50058 -13375 Marseille CEDEX 12

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

TEL 04 91 12 74 00 – cgd@cgd13.fr

Chère Madame, cher Monsieur,

Vous allez être accueilli au sein de notre établissement.

Afin de préparer au mieux votre arrivée, nous vous demandons de bien vouloir compléter le document ci-joint qui nous permettra de vous connaître et de vous proposer un accompagnement personnalisé.

Ce document est à remplir par vos soins avec l'aide de votre famille ou de vos proches si vous le désirez avant votre arrivée ou quelques jours après celle-ci. Il complètera votre dossier médical.

Les informations, que vous allez nous transmettre, serviront à la rédaction de votre projet d'accompagnement personnalisé.

Avec tous nos remerciements et en vous souhaitant une bonne installation.

La Direction



RECUEIL D'INFORMATIONS PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Page : 1 /4

Vers. : 0

RI/EHPAD-USLD/PAP

Date du recueil :

Complété par le résident son entourage (famille, proches, amis...)

Etat civil

•NOM : PRENOM.....

•Surnom : Comment souhaitez-vous être appelé (e) ?.....

Date de naissance : / / Lieu :

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e) avec depuis le

Divorcé(e) de depuis le

Veuf (ve) de depuis le

•Scolarité : Certificat d'études Etudes supérieures Diplôme

Lesquelles :

•Profession(s) exercée(s) :

•Profession(s) exercées(s) par votre conjoint(e) :

•Age de la retraite, comment l'avez-vous vécue et quelles ont été vos occupations ? (club 3eme âge, voyages...) :

.....

•Différents lieux de vie :

.....



RECUEIL D'INFORMATIONS PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Page : 2 /4

Vers. : 0

RI/EHPAD-USLD/PAP

Eléments familiaux

•Avez-vous été élevé(e) par vos parents ? oui non

•Sinon, par quelles personnes ?.....

•Comment s'est passée votre enfance ?.....

•Votre fratrie : (Nom, prénom, profession, situation familiale, lieu de vie, entente...)

•**ENFANTS** : Nombre d'enfants :.....

Nom et Prénom :.....

Nom et Prénom :.....

Situation familiale :.....

Situation familiale :.....

Enfants :.....

Enfants :.....

Lieu de vie :.....

Lieu de vie :.....

Nom et Prénom :.....

Nom et Prénom :.....

Situation familiale :.....

Situation familiale :.....

Enfants :.....

Enfants :.....

Lieu de vie :.....

Lieu de vie :.....

•**Entourage proche** (membres de la famille, amis, voisinage...)

•Evènements marquants sur le plan affectif, professionnel, matériel :



RECUEIL D'INFORMATIONS PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Page : 3 /4

Vers. : 0

RI/EHPAD-USLD/PAP

•Sujet(s) de discussion à éviter :

•Peur(s)/ Phobie(s) :

Centres d'intérêts et loisirs

Télévision, Chaines ? _____

Radio, Fréquence ? _____

Lecture, Ouvrage ? _____

Jardinage (potager/ fleurs) préférence ? _____

Cinéma Musique Chanson Théâtre Cuisine

Bricolage Shopping Sport Tricot Couture Voyage

Mots croisés/ fléchés Chasse Pêche Informatique

Jeux de société ? _____ Jeux de cartes ? _____

Collection..... Passion.....

Autres.....

•Appréciez – vous les activités en groupe ? oui non

•Style vestimentaire : (ce que vous aimez porter)

•Coquet/ coquette : Coiffure/ maquillage/rasage :

•Couleur préférée :

•Fumeur : oui non Si oui, Nombre de cigarettes par jour :

•Vous aimez les animaux : oui non

•Vous en possédez un : oui non En possédez-vous un ? : oui non

•Le nom de l'animal :



RECUEIL D'INFORMATIONS PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

Page : 4 /4

Vers. : 0

RI/EHPAD-USLD/PAP

Croyances religieuses

•Etes-vous croyant (e) : oui non

•Quelle religion :

•Etes-vous pratiquant(e) : oui non

•Principe et rites religieux à respecter :

.....

Avez-vous d'autres éléments à nous signaler ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....