

Formulaire d'histoire de vie



Le but de ce questionnaire est de recueillir des renseignements afin de mieux connaître la personne admise en hébergement et en soins de longue durée et de mieux personnaliser les interventions.*

Données démographiques				
Comment M., Mme aimerait-elle être appelée?			Lieu de naissance :	
Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuve <input type="checkbox"/> depuis : ans	Séparée <input type="checkbox"/> depuis : ans	Divorcée <input type="checkbox"/> depuis : ans	Mariée <input type="checkbox"/> depuis : ans
Nom du conjoint :		Âge du conjoint : ans	Travail du conjoint :	
Lieux de résidence significatifs depuis ses 18 ans jusqu'à aujourd'hui (surtout entre 15 et 40 ans) :				
Scolarité :		Nom des écoles, collèges fréquenté(s) :		
Sait lire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Sait écrire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Langue connue :		Intérêt politique :
Religion :		Pratiquante oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

La personne a-t-elle eu des enfants? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Combien?
Nom et rang des enfants	Reconnaît	Sexe	Proximité et lien	Vivant ou non
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Personne mandataire <input type="checkbox"/> ou représentant légal <input type="checkbox"/> Nom :				

Personnes significatives autres que ses enfants		
Nom :	Lien :	Disponibilité :



Travail antérieur (noter aussi l'horaire de travail)

1 - Entre l'âge de 15 et 35 ans :

2 - Entre l'âge de 35 et 55 ans :

3 - Entre l'âge de 55 ans et maintenant :

Personnalité**AVANT** les déficits connus
(Caractère : sociable, tranquille, autoritaire, déterminée, douce, travaillante, etc)**APRÈS** les déficits connus**Type de comportements** ou problèmes émotionnels connus tout au long de sa vie (gêne excessive, impulsivité, manies, peurs, dépression) et manière particulière de s'exprimer**Moyens de détente ou de compensation****Évènements marquants dans la vie de la personne (immigration, traumatisme, perte importante, grand bonheur, etc.)****Activités de la vie quotidienne (Déterminer les préférences historiques depuis ses 20 ans à maintenant)**

Hygiène	Bain <input type="checkbox"/>	Douche <input type="checkbox"/>	Lavabo seulement <input type="checkbox"/>	N'aimait pas se laver <input type="checkbox"/>	
	Matin <input type="checkbox"/>		Après midi <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	Peu avant le coucher <input type="checkbox"/>
	Se parfumait <input type="checkbox"/>	Se rasait <input type="checkbox"/>	Se maquillait Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	S'épilait le menton Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Quand :	Fréquence :	
	Soins des cheveux : /sem. Comment :			Coiffeuse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Alimentation	Prenait trois repas par jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Collation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> quand :	
	Mets préférés :			Habitudes (desserts, etc) :	
	Mets non appréciés :			Heures : déjeuner: heures dîner: heures souper: heures	
Habillement	Vêtements préférés et habitudes particulières (Ex : portait toujours une camisole) :				
Sommeil	Qualité du sommeil :			Heures coucher : lever :	



Activités favorites : loisirs, passe-temps (ex : musique, peinture, bricolage, etc.), voyage, sport

Ce qu'elle aimait le plus faire :

Période ou moment où l'activité était pratiquée :

Capable de la pratiquer encore ?

Activités à éviter ou ce qu'elle aimait le moins faire :

Musique préférée :

*****Photos anciennes ou objets significatifs : **demande faite** : Oui Non

Si oui, remise? **Spécifier :**

Commentaires (Autres éléments que la personne ou son proche estime pertinent pour mieux connaître la personne.

Signature de la personne ayant complété le formulaire : _____ date : ____/____/____

Confidentialité

J'autorise les intervenants prenant soin de _____ à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire d'histoire de vie. J'accepte qu'ils soient disponibles à tous les intervenants offrant des soins à mon proche. Je comprends que ceci favorise une approche de soins intégrée, proactive et flexible. Le contenu de ce formulaire permettra de personnaliser les interventions en fonction des habitudes de vie de mon proche.

Nom du résident ou de la personne le représentant : _____

_____/_____/_____
Date

Signature du résident ou de la personne le représentant : _____

Signature de l'intervenant ayant aidé à compléter le formulaire, s'il y a lieu : _____

Sources : M.Dubé et C. Lemieux, *Laboratoire de Gériologie* Université du Québec à Trois-Rivières, (1997)
 C. J. Murphy, *It started with a sea-shell. Life story work and people with dementia.* University of Stirling, Stirling, Écosse. (1994)
 Élaboré par Linda Thibeault, conseillère en soins infirmiers spécialisés en géronto psychiatrie en collaboration avec les membres des unités du 3e Est, pavillon Cote des Neiges et 3e -4e étages du Pavillon Alfred-DesRochers.

N.B. Afin de ne pas alourdir le texte, le féminin est employé dans le texte car on parle ici de la personne



Lignes directrices relatives au Formulaire d'histoire de vie

Ce formulaire s'adresse

À tout intervenant œuvrant auprès d'une clientèle aux prises avec une atteinte cognitive ou psychologique ou auprès de toute personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques actuels ou potentiels. (*terme englobant entre autre la résistance aux soins, l'agitation verbale et physique, l'errance, les propos désinhibés etc.*)

Buts et utilisation du formulaire

- Le fait de mieux connaître la personne et ses goûts dès son admission permet l'application, lors des soins, d'une approche intégrée, flexible et individualisée. Cette approche vise à améliorer la relation entre la personne et les soignants et à prévenir l'apparition des symptômes comportementaux et psychologiques.
- Les renseignements recueillis :
 - Visent à mieux connaître la personne que nous accompagnons afin de personnaliser les interventions.
 - Visent à fournir l'information pertinente pour établir une communication significative entre la personne et les soignants.
 - Permettent de connaître les moments marquants et significatifs dans la vie de la personne, qui sont à la fois des souvenirs agréables, importants et majoritairement anciens. Plus la maladie cognitive progresse, plus l'information évoquée sera ancienne, particulièrement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
 - Complètent la collecte de données en soins infirmiers sans la remplacer.
- Il est probable que la personne se souviendra d'éléments emmagasinés dans sa mémoire dans la mesure où il y trouve une association affective importante. Plus le souvenir évoqué aura une forte puissance affective, plus le fait de répéter des éléments reliés à ce souvenir fera resurgir l'émotion qui y est associée, du moins un certain temps. Nous tenons donc à connaître les souvenirs à connotation agréable et les éléments marquants dans la vie de la personne pour faire ressentir ces moments de bien-être en orientant la personne sur ces sujets lors des échanges au cours des soins.
- Nous visons à utiliser ces renseignements afin de développer des conversations agréables, distrayantes et significatives auprès de la clientèle concernée, soit en grande partie les personnes aux prises avec une atteinte cognitive ou psychologique.
- Bien que conçu pour l'hébergement, ce formulaire peut être utilisé dans différents milieux (centre de jour, soutien à domicile, etc.).

Quand le compléter?

- En préparant de l'admission
- Le jour de l'admission
- En cours de séjour lorsque le manque de données portant sur l'histoire de vie vient altérer la relation entre la personne et les soignants.

Qui peut le compléter? Où le conserver ?

Le formulaire peut être complété par :

- La personne elle-même, quand son état de santé le permet.
- Un ou plusieurs membres de sa famille, son représentant légal ou, toute personne proche qui connaît son histoire de vie et peut la transmettre en s'inspirant le mieux possible de ce qu'il croit que la personne concernée aurait répondu.

Il est préférable qu'il soit complété avec l'aide d'un membre de l'équipe de soins infirmiers.

En complétant ce formulaire, il est suggéré d'obtenir des photos anciennes car elles peuvent servir d'amorces à des échanges ou même servir comme instruments de diversion.

Le document, une fois complété, est conservé au dossier de la personne ou à tout endroit permettant l'accès réservé aux personnes concernées par les soins.

Confidentialité

Toutes les personnes qui ont accès à ces renseignements sont tenues à la confidentialité. Ces renseignements ne demeurent qu'au lieu où réside la personne et ne doivent être utilisés que par le personnel lui procurant des soins directs.

