

## Complément du formulaire d'histoire de vie

# Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures

---

Le but de ce questionnaire est de connaître les habitudes d'hygiène antérieures de votre proche. Ainsi, les informations recueillies serviront à personnaliser, dans la mesure du possible, les soins d'hygiène qui lui seront offerts. Merci de votre collaboration.

### 1. Quelles étaient les habitudes de votre proche pour effectuer ses soins d'hygiène?

- Baignoire  Douche  Hygiène au lavabo   
Aucune préférence  Ne sait pas   
Autre : \_\_\_\_\_

### 2. À quelle fréquence faisait-il ses soins d'hygiène?

- Moins d'une fois par semaine  1 ou 2 fois semaine   
3 ou 4 fois semaine  1 fois par jour   
Plusieurs fois par jour  Ne sait pas

### 3. À quel (s) moment (s) de la journée faisait-il ses soins d'hygiène?

- Au réveil  En matinée  En après-midi   
Avant le souper  Tout juste avant le coucher   
Aucune préférence  Ne sait pas

### 4. Sa température préférée de l'eau était :

- Froide  Tiède  Chaude   
Très chaude  Ne sait pas

### 5. De quelle manière se lavait-il les cheveux?

- Chez le coiffeur  Dans le bain  Dans l'évier de la cuisine   
Dans la douche  Ne sait pas

**6. Quels types de produits aimait-il utiliser?**

Savon parfumé  Huile de bain  Mousse de bain   
Crème hydratante après  Parfum après  Ne sait pas

Autre : \_\_\_\_\_

**7. Est-ce qu'il appréciait une odeur en particulier pour ces produits?**

Oui  laquelle : \_\_\_\_\_

Non  Ne sait pas

**8. Quel type de savon utilisait-il?**

Savon en barre  Savon liquide  Savon non parfumé   
Aucune préférence  Ne sait pas

Autre : \_\_\_\_\_

**9. Est-ce qu'il utilisait une marque spécifique pour ses produits d'hygiène?**

Oui  laquelle : \_\_\_\_\_

Non  Ne sait pas

**10. Est-ce qu'il se lavait avec une débarbouillette, une éponge, un gant de toilette ou avec une barre de savon?**

Débarbouillette : Oui  Non  Éponge : Oui  Non

Gant de toilette : Oui  Non  Barre de savon : Oui  Non

Ne sait pas

**11. Dans quelle ambiance aimait-il effectuer ses soins d'hygiène?**

Avec de la musique  Avec les lumières tamisées  Avec des chandelles

En lisant  Avec un verre de vin ou une bière  Ne sait pas

Autre : \_\_\_\_\_

**12. Si votre proche est une femme, est-ce qu'elle se maquillait?**

Oui  Non  Ne s'applique pas

**13. Si votre proche est un homme, est-ce qu'il se rasait la barbe?**

Oui  Avec un rasoir électrique  Avec un rasoir manuel

Non  Ne s'applique pas

**14. Est-ce qu'il faisait ses soins d'hygiène pour d'autres raisons que pour l'hygiène personnelle?**

Contrôle de la douleur  Relaxation  Aide au sommeil

Se préparer pour une sortie  Se réveiller  Ne sait pas

**15. Est-ce que les soins d'hygiène étaient un moment agréable pour lui?**

Oui  Non  Pourquoi? \_\_\_\_\_

Ne sait pas

**16. Est-ce que votre proche est pudique?**

Oui  Non  Ne sait pas

**17. A-t-il déjà vécu un traumatisme par rapport à l'eau (ex. noyade)?**

Oui  Détaillez : \_\_\_\_\_

Non  Ne sait pas

**18. Y a-t-il des parties du corps plus difficile à toucher? Plus douloureuse?**

Oui  laquelle ou lesquelles et pourquoi : \_\_\_\_\_

Non  Ne sait pas

**19. Avez-vous des suggestions pour faciliter les soins d'hygiène qui seront offerts à votre proche?**

---

---

---

---

---

---

---

**CONFIDENTIALITÉ**

J'autorise les intervenants prenant soin de \_\_\_\_\_ à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire sur les habitudes d'hygiène antérieures. 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 :

\_\_\_\_\_

Ce questionnaire est inspiré des documents suivants :

Cohen-Mansfield J., Jensen B. (2005). *The preference and importance of bathing, toileting and mouth care habits in older persons*. Gerontology, 51(6):375-85.

Voyer, P. (2006). *Historique de soins d'hygiène* (Tableau 26-3). In Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD. Saint-Laurent, Qc : Éditions du renouveau pédagogique (p. 392).

*Habitudes d'hygiène antérieures = Past hygiene habits* (document interne). Sainte-Anne-de-Bellevue : Hôpital Sainte-Anne.