

# BIOGRAPHIE SENSORIELLE DU PATIENT

**NOM du patient :** .....

**Rempli par :** .....

**Langue Parlée du patient :** .....

**Date :** .....

**Ces quelques questions vont nous aider à mieux connaître et comprendre vos besoins.**

***Vous êtes libre de le remplir.***

**Nous ne pourrons pas satisfaire tous vos souhaits mais nous connaissons mieux les préférences, style de vie de votre proche....  
et ainsi, mieux l'accompagner.**

**Quel lien avez-vous avec le patient ? Famille proche, personne de confiance, référente...**

.....  
.....  
.....  
.....

**Acceptez-vous d'être rappelé dans le cadre d'une évaluation de cet outil ? Souhaitez-vous nous transmettre vos coordonnées ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**La biographie sensorielle est donnée  
à tous les patients de réanimation.**

Ce recueil n'est pas un simple inventaire pratique des habitudes de vie du patient. Il permet de rendre au patient le plus tôt possible un environnement sensoriel familier qui lui est propre. Il s'agit de l'aider à retrouver des perceptions connues, des repères, de se sentir reconnu et ainsi, **consolider un sentiment de sécurité.**

Les questions suivantes doivent être vues **comme des propositions à établir un dialogue privilégié** avec le patient et/ou ses proches.

**Pour les personnes en situation de handicap**, certaines questions peuvent ne pas être pertinentes, les rayer si besoin ou les adapter.

**Si vous rencontrez des problèmes de compréhension concernant certaines questions**, n'hésitez pas à nous demander de l'aide.

**Pour la famille ou les proches :**

Les éléments que vous nous apportez nous aident à connaître les préférences de vie du patient, dans son lieu de vie, dans son quotidien, **avant son hospitalisation donc à son domicile, lorsque le patient n'est pas en capacité de communiquer.**

Ce recueil facilite la prise en charge quotidienne de vos proches. En revanche, il n'a pas de lien avec les informations médicales concernant l'état de santé de votre proche en particulier.

Vous pouvez remplir ce recueil en modifiant l'intitulé des questions : « préfère-t-il le chaud ou le froid ? Est-il droitier ou gaucher ?... ».

Vous ne pourrez peut-être pas répondre à toutes les questions. N'hésitez pas à nous faire part de votre avis. Vous pouvez aussi nous transmettre photos ou textes, nous les accrocherons dans la chambre du patient, par mail :

**ag.family.rea-adultes@ght-gpne.fr**

Cette adresse mail n'a pas vocation à vous transmettre des informations médicales.

Nous vous remercions par avance de nous laisser vos coordonnées afin que nous puissions à distance évaluer avec vous cet outil et l'améliorer.

**Pour les soignants, aide au recueil :**

Décrivez les thèmes de façon concrète.

**Il s'agit d'un guide pour l'entretien et non un questionnaire.**

Adaptez les questions.

Certaines réponses peuvent être affinées durant toute l'hospitalisation et par observation. Vous pouvez donc le remplir en plusieurs fois.

**L'essentiel est de le consulter régulièrement.**

## Confort

---

- En général, préférez-vous avoir plutôt chaud, ou froid ?
- Etes-vous droitier ou gaucher ?
- Y-a-t-il des zones du corps où vous ne tolérez aucun toucher ? ou des zones sensibles (hors parties intimes)?

## Les soins corporels, la toilette

---

- Combien de fois par semaine avez-vous l'habitude de vous laver ? plutôt le matin ou le soir ?
- A quelle température doit-être l'eau pour vous laver ?
- Utilisez-vous des produits spécifiques ? gel douche, pain de savon, crème pour le corps ?
- A quelle fréquence vous faites-vous un shampoing ?
- Utilisez-vous une brosse ou un peigne pour vous coiffer ?

- Attachez-vous vos cheveux ou les laissez-vous libres ? avez-vous l'habitude de les couvrir ? jour/nuit.
- Vous rasez-vous le matin ou le soir ? Avant ou après la toilette du visage ? tous les jours ? Rasoir mécanique ou électrique ?
- Si vous portez une prothèse dentaire, comment la nettoyez-vous ? portez-vous la prothèse jour et nuit ?

## *Mobilité*

---

- En vous levant, sur quelle jambe prenez-vous appui de façon sécurisée ?
- Prenez-vous appui (meubles, etc...) quand vous vous déplacez dans une pièce ?
- Utilisez-vous des aides techniques ? (cane, déambulateur...)
- Avez-vous tendance à trébucher ? Etes-vous sujet aux chutes ?

- Quelle est votre position préférée (assis, debout, couché) ?
- Avez-vous une profession qui vous oblige à beaucoup marcher ?
- Vous promenez-vous régulièrement ? A quel moment de la journée ?
- Etes-vous une personne plutôt active ou calme ?

## *Dormir*

---

- Quelle est votre position d'endormissement ? (côté gauche, droit, dos, ventre, position fœtale) ?
- Avez-vous des vêtements spécifiques pour dormir ?
- Jusqu'où vous couvrez-vous pendant l'endormissement ?  
Bordez-vous votre couette sous vos pieds ou sous le matelas ?
- Utilisez-vous un oreiller particulier ?

- Avez-vous besoin d'obscurité pour dormir ?
- Comment est l'environnement de votre chambre (TV, veilleuse, fenêtre...)?
- Avez-vous un rituel d'endormissement ? (par ex. la radio, une boisson, la prière)
- Utilisez-vous des bouchons d'oreilles (boules Quies)? un masque occultant ?
- Vous réveillez-vous souvent la nuit ? cauchemars ? Que faites-vous pour vous ré-endormir ?
- Vous levez-vous la nuit pour par exemple aller aux toilettes ?
- Faites-vous la sieste ? Où ?



## Manger/Boire

---

- Combien de repas prenez-vous par jour ? A quelle heure?
- Quels goûts préférez-vous : sucré, salé, acide, amer, fort, épicé, doux ?
- Quel est votre aliment préféré ? votre plat préféré ?
- Aimez-vous manger les mets très chauds ou plutôt froids ?
- Que prenez-vous au petit déjeuner ? Par quoi commencez-vous votre petit-déjeuner ?
- Aimez-vous manger quelque chose entre les repas (bonbons, chewing-gums...) ?
- Buvez-vous durant le repas ?
- Préférez-vous les boissons chaudes ou froides ? Quelle est votre boisson préférée ?
- Quelle quantité buvez-vous par jour?

- Avez-vous un problème aux oreilles ? Portez-vous des prothèses auditives ? Quand ?
- Ecoutez-vous la radio ? A quel moment de la journée ? Quelle est votre station préférée ?
- Quel est votre style de musique préféré ? votre chanson préférée ?
- Aimez-vous écouter de la musique avec une forte intensité ?
- Certains sons environnants à la maison apaisent et sont sécurisants (une horloge, la pluie...). Chez vous, quels sont-ils ?
- Avez-vous un problème aux yeux ? Portez-vous des lunettes ou des verres de contacts (lentilles) ?
- Aimez-vous regarder des photos, des images, des revues ?

- Regardez-vous régulièrement la télévision ? Qu'aimez-vous regarder ? (sport, mode, séries...)
- Quelle émission télévisée est un repère quotidien pour vous ?

### *Sentir/ Toucher*

---

- Quelles odeurs vous sont agréables ? ou vous rappellent des souvenirs agréables ?
- Quelles odeurs vous sont insupportables ?
- Quel parfum utilisez-vous ? Utilisez-vous du déodorant ?
- Avez-vous besoin d'avoir quelque chose en main pour vous sentir à l'aise ? (par exemple un chapelet ou des objets fétiches ...)
- Avez-vous des tics (se ronger les ongles, toucher vos cheveux...)?

- Etiez-vous ou êtes-vous fumeur ? Si oui, que fumiez-vous ?

## *Les liens*

---

- Quel est votre pays d'attachement ?
- Où avez-vous grandi?
- Où avez-vous vécu le plus longtemps ?
- De qui vous sentez vous le plus proche ?
- Quel métier faites-vous ou faisiez-vous?
- Etes-vous habitué (e) à recevoir de l'aide extérieure à la maison (aide-ménagère, auxiliaire de vie, femme de ménage, famille....) ?

**Si vous êtes un membre de la famille à avoir rempli ce recueil :**

**Quelles sont les autres informations que vous jugeriez importantes à nous transmettre pour faciliter la prise en soin de votre proche ?**

**Avez-vous d'autres suggestions dont vous souhaitez nous faire part concernant vos propres besoins en tant que famille?**