

CHI
André
Grégoire

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil



BIOGRAPHIE SENSORIELLE

Nom et Prénom du patient :
Rempli par :
Langue Parlée du patient :
Date : / /



BASALE STIMULATION

Vous êtes hospitalisé en Médecine Intensive et Réanimation

La biographie sensorielle vous est remise à votre admission ou quelques jours plus tard.

Dans ce livret, nous allons vous poser quelques questions qui vont nous aider à mieux connaître et comprendre vos besoins et ainsi, mieux vous accompagner.

Vous êtes libre de le remplir entièrement, partiellement, ou pas du tout.

Il ne s'agit pas d'un simple inventaire pratique de vos habitudes de vie, mais d'un outil que nous utiliserons pour vous permettre de retrouver le plus tôt possible un environnement sensoriel familial qui vous est propre. Il s'agit de vous aider à retrouver des perceptions connues, des repères, de vous permettre de vous sentir reconnu et ainsi, **consolider un sentiment de sécurité.**

Les questions contenues dans ce livret doivent être vues **comme des propositions à établir un dialogue privilégié** entre vous et les soignants.

Nous ne pourrons pas satisfaire tous vos souhaits mais nous connaissons mieux vos préférences, votre style de vie.

Si vous êtes en situation de handicap, certaines questions peuvent ne pas être pertinentes, vous pouvez les rayer, ou les adapter si besoin.

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

Vous êtes un proche

Quelles sont les autres informations que vous jugeriez importantes à nous transmettre pour faciliter le projet de soin de votre proche ?

Pour vous, accompagnants, avez-vous d'autres suggestions dont vous souhaitez nous faire part concernant vos propres besoins ?

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

Vous êtes le patient

Y a-t-il d'autres informations que vous jugez importantes à nous transmettre pour faciliter votre projet de soin.

Acceptez-vous d'être recontacté dans le cadre d'une évaluation de cet outil ? Dans ce cas comment pouvons nous vous joindre ?

Votre proche est hospitalisé En Médecine Intensive et Réanimation

Dans le cas où votre proche n'est pas en capacité de communiquer et donc de répondre lui-même aux questions de ce livret, alors nous vous sollicitons pour répondre à ces questions dans la mesure du possible.

Les éléments que vous nous apportez nous aident à connaître les préférences de vie de votre proche, dans son lieu de vie, dans son quotidien, **avant son hospitalisation donc à son domicile.**

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

Merci de nous indiquer en première page le lien que vous avez avec le patient: famille, proche, personne de confiance, personne référente ?

Si vous ne pouvez pas répondre à toutes les questions, ou si vous n'êtes pas sûr, ce n'est pas grave. Ce livret est avant tout un support de dialogue entre vous et nous, afin de nous aider à mieux prendre en compte la personnalité de votre proche. D'ailleurs, cet outil est aussi le votre et vous pouvez remplir ce recueil en modifiant l'intitulé des questions.

N'hésitez pas à nous faire part de votre avis.

Vous pouvez apporter des photos, dessins, textes que nous accrocherons dans la chambre. Vous pouvez aussi nous les transmettre par mail à l'adresse suivante:

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

Notez bien que cette adresse mail n'a pas vocation à vous transmettre des informations médicales.

Aide au recueil pour les soignants

Décrivez les thèmes de façon concrète.

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

Adaptez les questions. Vous pouvez entourer les mots proposés.

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.

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...) ?

Avez-vous un problème aux yeux ? Portez-vous des lunettes ou des verres de contacts (lentilles) ?

Par jour, combien de temps passez-vous sur votre téléphone portable ? pouvez-vous vous en séparer quelques heures ?
Votre ordinateur ?

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

Etes-vous droitier ou gaucher ?

En général, êtes-vous plutôt frileux ou au contraire avez-vous toujours chaud ?

Y-a-t-il des zones du corps où vous ne tolérez aucun toucher ?

Prenez vous appui (meubles, etc...) quand vous vous déplacez dans une pièce ?

Utilisez-vous des aides techniques ? (Canne, déambulateur...)

Avez-vous tendance à trébucher ? Etes-vous sujet aux chutes ?

Avez-vous une profession qui vous oblige à beaucoup marcher ?

Vous promenez-vous régulièrement ? A quel moment de la journée ?

Etes-vous une personne hyper active ?

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 fréquence vous faites-vous un shampoing ?

A quelle température doit-être l'eau pour vous laver ?

Utilisez-vous des produits spécifiques ? gel douche, pain de savon, crème pour le corps ?

Utilisez-vous une brosse ou un peigne pour vous coiffer ? Attachez-vous toujours vos cheveux ? avez-vous l'habitude de les couvrir ? jour/nuit.

Rasage ou épilation : Vous rasez-vous le matin ou le soir ? tous les jours ?

Si vous portez une prothèse dentaire, comment la nettoyez-vous ? portez-vous la prothèse jour et nuit ? Faites-vous de soins de bouche ? A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?

Entendre / Voir

Avez-vous un problème aux oreilles ? Portez-vous des prothèses auditives ? Entendez-vous bien ?

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 ?

Certains sons environnants à la maison apaisent et sont sécurisants (une horloge, la pluie...). Chez vous, quels sont-ils ?

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 ?

Dormir

Quelle est votre position d'endormissement ? (Côté gauche, droit, dos, ventre, position fœtale) ?

Avez-vous des vêtements spécifiques pour dormir ?

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 la nuit ? Que faites-vous lorsque vous vous réveillez ?

Faites-vous des cauchemars ? Que faites-vous pour vous ré-endormir ?

Vous levez-vous la nuit pour par exemple aller aux toilettes ?

A quelle heure vous endormez-vous et levez-vous habituellement ?

Faites-vous la sieste ? Où ?

Combien de repas prenez vous par jour ? A quelle heure ?

Quels goûts préférez-vous : sucré, salé, acide, amer, fort, épicé, doux ? Avez-vous un aliment préféré ? un plat préféré ?

Aimez-vous manger quelque chose entre les repas (bonbons, chewing-gums...) ?

Quelle est votre boisson préférée ? quelle est la boisson que vous consommez tous les jours ?

Buvez-vous durant le repas ? Quelle quantité buvez-vous par jour ? Quelle est votre boisson préférée ? quelle est la boisson que vous consommez tous les jours ?