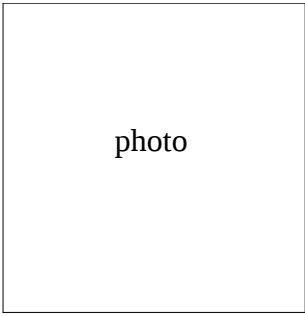

,



"**C'est moi**" doit être rempli par la personne ou des personnes qui me connaissent le mieux et, si possible avec moi

S'il vous plaît référez vous à la dernière page pour vous aider à compléter " C'est moi."

Mon nom et mon prénom ,le nom par lequel je préfère être appele:

.....
.....

Je vis actuellement à:

.....
.....

Nom de la personne qui me connaît le mieux:

.....
.....

Je voudrais que vous sachiez:

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

Mon foyer et la famille, des choses qui sont importantes pour moi:

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

Mes passions et mes centres d' intérêts

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

Les choses qui peuvent m' inquiéter ou qui me bousculent

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

Je tiens à vous détendre par rapport à

.....
.....

Mon ouïe et ma vue

.....
.....

Ma communication

Ma mobilité

Mon sommeil

Mes soins personnels

Mon alimentation et la boisson que je préfère

Mes médicaments "mon traitement"

En signant ce document, je reconnais que les informations contenues dans cette notice peuvent être partagées entre soignants

C'est moi est destiné à fournir aux professionnels des informations sur la personne atteinte de démence , Cela permettra d'améliorer les soins et le soutien apporté aux patient lorsque ce dernier (e) est dans un environnement inconnu.

Ce n'est pas un document médical.

C'est moi, c'est des information pratique sur la personne au moment de l'hospitalisation le document est rempli et devra être mis à jour en suivant l'évolution du patient

Ce formulaire peut être rempli par la personne atteinte de démence ,le personnel soignant, ou mieux, avec l'aide de la personne atteinte de démence, s.

QUELQUES EXPLICATIONS POUR RÉDIGER LE LIVRET "C'EST MOI"

Mon nom: Nom, prénom et le nom que je préfère être appeler

Là où je vis actuellement: La zone (pas l'adresse)

où je vis. Inclure les détails sur le temps que j'ai vécu là, et où j'ai vécu avant.

la personne qui me connaît le mieux: il peut être un conjoint, un parent, un ami ou un proche.

Je voudrais que vous sachiez: par exemple, j'ai la démence, je n'ai jamais été à l'hôpital avant, je préfère des soignants femmes, je n'aime pas le noir, je suis gaucher, je suis allergique à ... etc

Mon foyer et la famille, les choses qui sont importantes pour moi:

exemple: l'état matrimonial, enfants, petits-enfants, les amis, les animaux de compagnie, mon confort. ,Tout considérations religieuses ou culturelles.

Ma vie jusqu'ici: Lieu de naissance, éducation, travail histoire, Voyage, etc

Mes passion et intérêts: le passé ou présent -

par exemple la lecture, la musique, la télévision ou de radio, de l'artisanat, des voitures.

Les choses qui peuvent inquiéter ou me bousculent: Tout qui peut me bouleverser ou causer de l'anxiété , des soucis,
par exemple, l'argent, des préoccupations familiales, besoins d'avoir un être cher à côté de moi, ,
par exemple est ce que j'ai un traitement en cours pour la douleur, constipation,

Je tiens à vous détendre: Des choses qui peuvent vous aider si je deviens malheureux ou j'éprouve de la difficulté.

Qu'est-ce qui me rassure en général,
exemple:les mots réconfortant, la musique ou la télévision? j'aime la compagnie de quelqu'un assis
et j'aime que l'on parle avec moi ou je préfère des moments de tranquillité ?

Qui pourrait être contacté pour m'aider "nom" et si oui "quand""comment"

Mon ouïe et la vue:
si j'entend bien, si je vois bien ,si j'ai des lunettes si j'ai besoin d'une aide auditive?

Comment est-il préférable de s'approcher de moi?
L'utilisation du toucher-elle appropriée?

pour établir la communication?
Ai-je besoin de lunettes pour les yeux ou besoin d'aides et de la vision des autres?

Ma communication:
Comment -je communique en général,
par exemple, verbalement, par des gestes, de pointage ou d'un mélange de ou des deux? Puis-je lire
et écrire des choses

Comment puis-je peut vous indiquer la douleur, l'inconfort, de la soif ou la faim? I

identifier mes besoins.

Ma mobilité:
Suis-je totalement mobile ou -j'ai besoin d'aide?
Ai-je besoin d'une aide à la marche?
Est-ce ma mobilité touchés par ma pathologie
est ce que-j' utilise les escaliers?
Puis-je me lever sans aide de ma position assise?
Ai-je besoin d'un chaise spéciale ou un coussin, ou
j'ai besoin d'être stimuler pour marcher
pour me mettre à l'aise?

Mon sommeil:
mes habitude, le sommeil habituel et le coucher ou mettre une lumière d'appoint
est ce que j'ai des difficulté à trouver les toilettes la nuit?
Dans quel position j'aime que mon lit soit, orienter
ai-je besoin d'un oreiller, ai-je besoin régulièrement de changement de position?

Mes soins ,mes préférences
l'assistance nécessaire que j'ai besoin pour le soin, lavabo, douche, lit

.je préfère que ce soit un homme ou une femme qui me fasse le soin

Quelles sont mes préférences pour la continence
aides utilisées, savons, cosmétiques, produits de rasage, le nettoyage des dents
et les prothèses dentaires?

Mon alimentation et mes besoins préférés:

Ai-je besoin d'aide pour, manger ou boire?

Je peux utiliser les couverts couteaux, fourchettes, cuillères

je mange avec les doigts

La nourriture doit être coupée en morceaux?

je porte une prothèse dentaire pour manger

J'ai des difficultés à avaler? la texture des aliments la plus adaptée à ma situation

Ai-je besoin de liquides épaissis?

La liste de ce que j'aime liste ce que je n'aime pas et tout mes besoins alimentaires, y compris le
végétarisme, besoins religieux ou culturels.

Information sur mon appétit et si j'ai un bon ou pas appétit

Mes médicaments:

Ai-je besoin d'aide pour prendre les médicaments?

Est-ce que je préfère prendre un médicament sous forme liquide?