|  |
| --- |
| **Questionnaire préalable** |
| **Concernant le patient :** |
| Nom  |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Profession (actuelle ou ancienne) |  |
| Statut (marié, célibataire, veuf,) |  |
| Sa pathologie et date de l’AVC :  |  |
|  **Sur les personnes :** |
| **Famille** |
| Prénom du conjoint |  |
| Nombre d’enfants |  |
| Leurs prénoms  |  |
| Prénom des conjoints des enfants |  |
| Prénom des petits enfants |  |
| **Ses amis** |
| Noms et prénoms des proches |  |
| **Personnel de santé** |
| Les personnes qui le suivent |  |
| **Les artistes** |
| Ses chanteurs préférés |  |
| Ses musiques préférées  |  |
| **Sur la santé :**  |
| Quels sont ses besoins à l’heure actuelle |  |
|  **Sur la nourriture** : |
| Quels sont ses goûts  |  |
| Les choses importantes |  |
| Quelles sont ses aversions |  |
| **Sur les lieux** : |
| Où habite-t-il : |  |
| Quels sont les lieux important (ville de naissance, lieux d’habitation des enfants, pays visités…) |  |
| Quels lieux de soins a-t-il fréquenté |  |
| Quels sont ses commerces habituels |  |
| **Dans la maison** : |
| Quels sont ses objets importants ? (Lunettes, prothèses auditives, cartes diverses, papiers, porte-monnaie…) |  |
| Y a-t-il des vêtements importants pour lui ? |  |
| Y a-t-il des objets de toilette importants |  |
| Quelles sont les pièces importantes de la maison (la cuisine ? le séjour ? le garage ? le jardin ?) |  |
|  **La nature :** |
| Y a-t-il un animal de compagnie ? son nom |  |
| La nature est-elle importante pour lui (arbres, fleurs, animaux ? sauvages ou domestiques ?) |  |
| **Les loisirs** : |
| Quels étaient ses loisirs avant l’AVC |  |
| Quels étaient ses loisirs étant jeune ? |  |
| **Les échanges :** |
| Le patient essaye-t-il de faire comprendre ? (a-t-il besoin des couleurs des formes ? des questions ?) |  |
| Est-il intéressé par les actualités ?A-t-il des intérêts ou inquiétudes particulières (la voiture, la maison, les enfants, les impôts…) |  |