

DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION



Accueil de jour

1 route de Castelnou 66300 THUIR

Tel : 04 30 53 10 40

Vous souhaitez faire une demande d'inscription pour une prise en charge à l'accueil de jour

Merci de bien vouloir remplir :

- ✓ **Le volet administratif**

Faire remplir par le médecin traitant le volet médical comprenant :

- le compte-rendu médical
- la grille « évaluation des soins »
- un certificat de non contagion

Fournir la dernière ordonnance en cours.



IMPORTANT : le volet médical doit être mis sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur

Retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants :

- € Copie carte nationale d'identité
- € Copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- € Attestation papier Sécurité Sociale
- € Copie de la carte mutuelle en cours de validité
- € Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition
- € Attestation de responsabilité civile

Et si nécessaire :

- € Copie du jugement de tutelle ou curatelle
- € Copie notification APA à domicile
- € Copie du plan d'aide APA à domicile
- € Copie notification AAH

L'admission en accueil de jour sera possible :

- Après avis favorable du médecin coordonnateur à l'issue de la visite de pré-admission
- En fonction de la disponibilité des places
- Après validation par la direction de l'établissement

VOLET ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

NOM.....

PRENOMS.....

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

LIEU.....

Nationalité

Adresse actuelle

Ville

Code postal

☎ ____/____/____/____/____

SITUATION FAMILIALE : → joindre photocopie du livret de famille ou un extrait de naissance

Marié (e)

Veuf (ve)

Divorcé (e)

Célibataire

Union libre

Est-t-il (elle) sous un régime de protection juridique ? → joindre s'il y a lieu une photocopie du jugement

Oui

Non

Si oui,

Tutelle

Curatelle

Nom de la personne désignée

Adresse N° téléphone

Nom et adresse **de la personne de confiance** :

.....

Nom et adresse **du référent familial** :

.....

SECURITE SOCIALE

N°..... → joindre une copie de l'attestation en cours de validité

NOM DE LA CAISSE

ADRESSE DE LA CAISSE

MUTUELLE

Oui Non → joindre une photocopie de la carte mutuelle en cours de validité

N° CONTRAT

NOM DE LA MUTUELLE

ADRESSE

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

Vous bénéficiez de l'APA à domicile :

Oui Non En cours

→ Joindre une copie de la notification d'attribution et du plan d'aide

ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH)

Oui Non

→ Joindre une copie de la notification

MEDECIN TRAITANT

NOM PRENOM

ADRESSE
.....

☎ ____/____/____/____/____

MEDECIN NEUROLOGUE – GERIATRIE – PSYCHIATRIE- EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE GERIATRIQUE

NOM PRENOM

ADRESSE
.....

☎ ____/____/____/____/____

INFIRMIERE A DOMICILE (s'il y a lieu)

NOM PRENOM

ADRESSE
.....

☎ ____/____/____/____/____

Jours et horaires de passage (approximatif) :

.....


AIDE MENAGERE OU AUXILIAIRE DE VIE (s'il y a lieu)

NOM DE L'ASSOCIATION

.....

ADRESSE

.....

 ____/____/____/____/____


NOM PRENOM DE LA PERSONNE

Jours et horaires de passage :

.....

KINESITHERAPEUTE


NOM PRENOM

 ____/____/____/____/____

Jours et horaires :

ORTHOPHONISTE


NOM PRENOM

 ____/____/____/____/____

Jours et horaires :

ERGOTHERAPEUTE ou ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer)

NOM PRENOM

 ____/____/____/____/____

Jours et horaires :

VOLET MEDICAL

COMPTE RENDU MEDICAL

(à faire remplir impérativement par le médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur)

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE.....

POIDS TAILLE

DENUTRITION OUI NON

DIAGNOSTIC MALADIE ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES

DATE DU DIAGNOSTIC

Nom du médecin qui a établi le diagnostic

.....

Dernier MMSE :

AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

→ En cas de problème pulmonaire joindre la dernière radio du thorax

APPAREILLAGE DIVERS

- PACE MAKER PROTHESE type :
- GASTROSTOMIE STOMIE type :
- AUTRES

ALLERGIES

.....

.....

.....

.....

ADDICTIONS

TABAC Oui Non

ALCOOL Oui Non

AUTRES Oui Non

.....

REGIMES ALIMENTAIRES

- Aucun
- Diabétique
- Peu salé
- Hypocalorique
- Hypercalorique enrichi

Texture adaptée

- Normale
- Hachée
- Mixée

AUTONOMIE DEPENDANCE

➔ Remplir la grille « Evaluation des soins » ci après

EVALUATION DES SOINS

EVALUATION DES BESOINS FONDAMENTAUX

COCHER LA OU LES CASES CORRESPONDANTES

COTATION
AGGIR
NE RIEN
COCHER

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1. <u>COHERENCE</u>
(converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée) | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NORMALE
PARTIELLEMENT PERTURBEE
TOTALEMENT PERTURBEE
DEMENCE DIAGNOSTIQUEE | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 2. <u>ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NORMALE
ORIENTATION AVEC AIDE
DESORIENTATION EPISODIQUE
DESORIENTATION TOTALE | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 3. <u>HUMEUR COMPORTEMENT</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NORMALE
APATHIE, DEPRESSION
AGITATION, AGRESSIVITE
CRIS
FUGUE
DEAMBULATION PATHOLOGIQUE | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 4. <u>TOILETTE</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | SEUL (haut et bas)
AIDE (haut et/ou bas)
NE FAIT PAS | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 5. <u>HABILLAGE</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)
AIDE (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)
NE FAIT PAS | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 6. <u>ALIMENTATION HYDRATATION</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | SE SERT ET MANGE SEUL
AIDE PARTIELLE (service et manger)
AIDE TOTALE (service et manger)
TROUBLE DE LA DEGLUTITION | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 7. <u>ELIMINATION</u> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CONTINENCE URINAIRE ET FECALE
INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT)
INCONTINENCE TOTALE
CONSTIPATION
DIARRHEE | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |
| 8. <u>TRANSFERT</u>
(lit-debout)
(lit-chaise)
(debout-lit) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | FAIT SEUL
AVEC AIDE
NE FAIT PAS | <input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C |

9. **LOCOMOTION**
A L'INTERIEUR

- FAIT SEUL SANS AIDE
- FAIT SEUL AVEC CANNE OU DEAMBULATEUR
- FAIT SEUL EN FAUTEUIL ROULANT
- FAIT AVEC AIDE D'UNE PERSONNE
- NE FAIT PAS OU GRABATAIRE

10. **DEPLACEMENT**
A L'EXTERIEUR
(dans la rue)

- FAIT SEUL
- AVEC AIDE
- NE FAIT PAS

11. **COMMUNICATION**
A DISTANCE
(tel, sonnette, alarme...)

- FAIT SEUL
- AVEC AIDE
- NE FAIT PAS

12. **DOULEUR**

- OUI
- NON

13. **RISQUES**

- CHUTES
- DENUTRITION
- FAUSSE ROUTE
- FUGUE

A

Le

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Acceptation dossier :

Date :

Signatures :

Médecin coordonnateur :

Direction de l'établissement :