

ACCUEIL DE JOUR

« LES EAUX VIVES »



RESIDENCE
St.jacques
établissement public
pour personnes âgées

ILLE SUR TET



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

9 chemin du Colomer- 66130 Ille-sur-têt

Tél : 04.68.84.63.69 Fax : 04.68.84.01.79

Email : aj-leseauxvives@ehpad-illesurtet.fr

ACCUEIL DE JOUR LES EAUX VIVES

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

Merci de bien vouloir nous retourner :

- Le dossier administratif renseigné
- La copie du jugement de protection judiciaire (le cas échéant)
- Le volet médical renseigné par le médecin traitant comprenant :
 - Le compte-rendu médical
 - La grille « Evaluation des soins »
 - Un certificat de non contagion
 - La dernière ordonnance en cours

Le volet médical doit être *mis sous pli confidentiel* à l'attention du médecin coordonnateur

- La copie carte nationale d'identité
- La copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- L'attestation papier Sécurité Sociale
- La copie de la carte mutuelle en cours de validité

A remettre le premier jour d'accueil :

- Le contrat de séjour signé
- La dernière page du règlement de fonctionnement renseignée

L'admission en accueil de jour est prononcée par la direction et sera possible :

- Si le dossier retourné est complet
- Après avis favorable du médecin coordonnateur à l'issue de la visite de pré-admission
- En fonction de la disponibilité des places

Avis favorable

Avis défavorable

Motif :

.....

Le médecin coordonnateur

Avis favorable

Avis défavorable

Motif :

La direction

VOLET ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

NOM..... PRENOMS.....

NOM JEUNE FILLE.....

DATE DE NAISSANCE..... LIEU

Nationalité.....

Adresse actuelle

Ville Code postal

☎ ____/____/____/____/____

SITUATION FAMILIALE : → Joindre photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance

- Marié(e) Célibataire
 Veuf(ve) Union libre
 Divorcé(e)

Est-il (elle) sous un régime de protection juridique ? → Joindre s'il y a lieu une photocopie du jugement

Non oui

Si oui, Tutelle
 Curatelle

Nom de la personne désignée

Adresse n° téléphone ____/____/____/____/____

Nombre d'enfants :

Nom et adresse des enfants

| NOM | ADRESSE | TELEPHONE |
|-----|---------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SECURITE SOCIALE

N° ➔ Joindre une copie de l'attestation papier en cours de validité

NOM DE LA CAISSE

ADRESSE DE LA CAISSE.....
.....

MUTUELLE

- OUI
 NON

➔ Joindre une copie de la carte mutuelle en cours de validité

N° CONTRAT.....

NOM 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

GESTION DES COMPTES

Les revenus sont gérés par lui-même un tiers*

* Dans ce cas, précisez le lien de parenté

Nom :..... Prénom :.....


☎ ____/____/____/____/____

Adresse :.....
.....

MEDECIN TRAITANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE

 ____/____/____/____/____

MEDECIN NEUROLOGUE- GERIATRE- PSYCHIATRE

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE

 ____/____/____/____/____

INFIRMIERE A DOMICILE (s'il y a lieu)

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE

 ____/____/____/____/____

Jours et horaires de passage (approximatif) :

.....

AIDE MENAGERE ou AUXILIARE DE VIE (s'il y a lieu)

NOM 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

NOM PRENOM.....

☎ ____/____/____/____/____

Jours et horaires :

.....

VOS HABITUDES DE VIE

Préférences alimentaires :

.....
.....

Dégouts et aversions alimentaires

.....
.....

Activités et loisirs (présents et anciens)

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

Moments pris pour votre repos dans la journée

.....
.....

PERSONNE A PREVENIR*

Nom : Prénom :

☎ ____/____/____/____/____

Adresse :

.....

Lien de parenté avec le résident :

La personne à prévenir est désignée par : La personne accueillie

Une autre personne-> Nom et Prénom :
Signature :

Ne souhaite pas désigner de personne à prévenir

Je soussigné(e),souhaite annuler mon précédent choix. (Veuillez rayer votre précédent choix SVP)

Le résident est dans l'incapacité de désigner une personne à prévenir

Nom et prénom de la personne qui remplit le questionnaire :

Fonction ou Qualité :

Date :/...../..... Signature :

* **Personne à prévenir** : une personne de la famille est désignée afin d'établir un lien de communication avec le reste de la famille

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Mr, Mme désigne une personne de confiance* :

Oui

Non

Désigne comme Personne de confiance* :

Nom : Prénom :

☎ ____/____/____/____/____

Adresse :

.....

Lien de parenté (éventuel) :

Date :/...../..... Signature :

Je soussigné(e),souhaite annuler mon précédent choix. (Veuillez rayer votre précédent choix SVP)

Le résident est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Nom et prénom de la personne qui remplit le questionnaire :

Fonction ou Qualité :

Date :/...../..... Signature :

** Personne de confiance : celle-ci est concertée pour les décisions médicales, organisationnelles et financières de la personne hébergée en institution. La personne de confiance peut être révoquée à tout moment. Une autre personne de confiance peut être désignée à tout moment.*

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 APPARENTÉES

DATE 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

TRAITEMENT EN COURS DONT OXYGENOTHERAPIE

- Joindre l'ordonnance du traitement régulier du patient.

Autre traitement et précisions thérapeutiques :

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

APPAREILLAGES DIVERS

- PACE MAKER PROTHESE type :
- GASTROSTOMIE STOMIE type
-
- APPREIL DENTAIRE SI OUI HAUT BAS
- APPAREIL AUDITIF SI OUI GAUCHE DROITE
- LUNETTES SI OUI DE PRES DE LOIN LES 2
- AUTRES

ALLERGIES – PORTAGE DE BACTERIES MULTIRESISTANTES

.....

.....

ADDICTION

- TABAC oui non
- ALCOOL oui non
- AUTRE oui non
-

REGIME ALIMENTAIRE

- Aucun Anti-diarrhéique
- Diabétique Sans fibre
- Peu salé Sans résidu
- Hypocalorique Sans alcool
- Hypercalorique enrichi Confessionnel

Texture adaptée de type :

- Normale
- Hachée
- Mixée

| | | |
|---|---|--|
| COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon adaptée | NORMALE | |
| | PARTIELLEMENT PERTURBEE | |
| | TOTALEMENT PERTURBEE | |
| ORIENTATION dans le temps et l'espace | NORMALE | |
| | ORIENTATION AVEC AIDE | |
| | DESORIENTATION EPISODIQUE | |
| | DESORIENTATION TOTALE | |
| HUMEUR / COMPORTEMENT | NORMALE | |
| | APATHIE / DEPRESSION | |
| | AGITATION / AGRESSIVITE | |
| | CRIS | |
| | FUGUE | |
| | DESHINIBITION | |
| | DEAMBULATION PATHOLOGIQUE | |
| TOILETTE | SEUL (haut et bas) | |
| | AVEC AIDE (haut et/ou bas) | |
| | NE FAIT PAS | |
| HABILLAGE | SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) | |
| | AVEC AIDE | |
| | NE FAIT PAS | |
| ALIMENTATION | SERT ET MANGE SEUL | |
| | AIDE PARTIELLE (service et manger) | |
| | AIDE TOTALE (service et manger) | |
| ELIMINATION | CONTINENCE URINAIRE ET FECALE | |
| | INCONTINENT OCCASIONNEL | |
| | INCONTINENCE TOTALE | |
| | CONSTIPATION | |
| | DIARRHEE | |
| TRANSFERT DEBOUT / LIT : LIT / DEBOUT : CHAISE / DEBOUT : | FAIT SEUL - AVEC AIDE - NE FAIT PAS | |
| | FAIT SEUL - AVEC AIDE - NE FAIT PAS | |
| | FAIT SEUL - AVEC AIDE - NE FAIT PAS | |
| LOCOMOTION à l'intérieur | SEUL SANS AIDE | |
| | SEUL AVEC CANNE OU DEAMBULATEUR | |
| | SEUL EN FAUTEUIL ROULANT | |
| | AVEC L'AIDE D'UNE PERSONNE | |
| | NE FAIT PAS / GRABATAIRE | |
| DEPLACEMENTS à l'extérieur | SEUL | |
| | AVEC AIDE | |
| | NE FAIT PAS | |
| COMMUNICATION | SEUL | |
| | AVEC AIDE | |
| | NE FAIT PAS | |
| DOULEUR | OUI | |
| | NON | |
| RISQUES | CHUTES | |
| | DENUTRITION | |
| | FAUSSE-ROUTE | |
| | FUGUE | |
| FONCTION SENSORIELLE | CECITE | |
| | SURDITE | |

| | |
|---------------------|-------|
| Fait par | |
| A | |
| Le | |
| SIGNATURE ET CACHET | |