

**DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION EN ACCUEIL DE JOUR POUR
LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER
OU DE TROUBLES APPARENTES**

Version n°1 du 13/08/2014

Centre Hospitalier

Accueil de Jour

29, rue Saint Roch - BP 25

35390 Grand-Fougéray



02.99.08.30.30



02.99.08.30.55

Ligne directe : 02.99.08.80.80

Adresse e-mail : infos@hopgf.com

Site Internet : <http://www.hopital-gfougéray.com>

VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'INSCRIPTION POUR UNE PRISE EN CHARGE A L'ACCUEIL DE JOUR DE GRAND- FOUGERAY

Merci de bien vouloir remplir

- ✓ Le dossier administratif (renseignements)

Faire remplir par le médecin traitant :

- ✓ Le dossier médical comprenant :
 - Le dossier médical
 - La grille AGGIR dûment complétée et signée
 - La dernière ordonnance

↳ *IMPORTANT : le volet médical doit être mis sous plis confidentiel*

Et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants.

- Copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- Copie de la carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle
- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition
- Attestation de responsabilité civile
- Photo d'identité

Et si nécessaire :

- Copie du jugement de tutelle ou curatelle

↳ *IMPORTANT : Le dossier sera examiné si toutes les pièces nécessaires sont fournies*

DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

Date :

PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : Prénom(s) :
Nom d'Usage : Nom de jeune de fille : Sexe :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Consentement : oui non indécise non-informée

AIDANT PRINCIPAL

Nom : Prénom :
Lien avec l'Accueilli(e) :
Adresse
.....
.....
Téléphone : Portable :
E-mail :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
.....
Téléphone :
E-mail :

SOINS À DOMICILE

Nom.....
Fréquence : Horaires :

HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : Lieu de naissance :
Situation familiale : Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Concubinage Célibataire
Nombre d'enfants :
○ Nom et prénom :
○ Nom et prénom :
○ Nom et prénom :

○ Nom et prénom :
Frères, sœurs, neveux, etc. (nom, prénom, lieu de résidence) :
.....
.....
.....

Profession ancienne :

Religion :

Anciens loisirs :

- Activités sportives et de plein air :
- Activités ludiques :
- Activités manuelles et artistiques :
- Activités culturelles :
- Activités sociales :

Animal de compagnie :

Èvènements marquants (positifs et négatifs, date) :

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

HABITUDES ALIMENTAIRES

▪ Nécessité d'aide à l'alimentation : Oui Non

▪ Boissons :

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> thé | <input type="checkbox"/> avec sucre | <input type="checkbox"/> sans sucre | <input type="checkbox"/> eau gazeuse | <input type="checkbox"/> jus de fruits |
| <input type="checkbox"/> café | <input type="checkbox"/> avec sucre | <input type="checkbox"/> sans sucre | <input type="checkbox"/> vin | |
| <input type="checkbox"/> chocolat | <input type="checkbox"/> café au lait | | <input type="checkbox"/> tisane | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | | |

▪ Aliments :

Aliments particulièrement appréciés.....

Aliments particulièrement non appréciés.....

Collation : oui non Heure :

Quantité : beaucoup en adéquation peu

Consistance : normale coupé coupé fin

haché mixé semi-liquide

▪ Régime particulier :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> aucun | <input type="checkbox"/> diabétique | <input type="checkbox"/> sans résidu |
| <input type="checkbox"/> crème HP | <input type="checkbox"/> sans graisse | <input type="checkbox"/> sans sel |
| <input type="checkbox"/> sans alcool | <input type="checkbox"/> hypocalorique | <input type="checkbox"/> Épargne intestinale |

CAPACITES SENSO-MOTRICES

▪ Vision : bonne mauvaise non-voyant lunettes

▪ Audition : bonne mauvaise assez bonne surdité appareillage

▪ Mobilité :

Moyen de locomotion :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> aucun | <input type="checkbox"/> avec un déambulatoire | <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> avec 2 cannes | <input type="checkbox"/> avec 1 canne | |
| <input type="checkbox"/> avec 2 tiers | <input type="checkbox"/> avec 1 tiers | |

Lieu de déplacement :

-   l'intérieur à l'extérieur en ville seul accompagné
- au supermarché

▪ Port de prothèses dentaires : oui non haut bas

▪ Port de protections : oui non Si oui, quel type

▪ Fréquence des changes :

▪ Accompagnement aux WC : oui non

HUMEUR / COMPORTEMENT

▪ Communication :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| Expression : | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> difficulté d'élocution | <input type="checkbox"/> mutisme |
| Cohérence : | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> mauvaise |
| Orientation temporelle : | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> mauvaise |
| Orientation spatiale : | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> mauvaise |

▪ Humeur :

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> anxiété | <input type="checkbox"/> euphorie | <input type="checkbox"/> idées suicidaires |
| <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> apathie | <input type="checkbox"/> mélancolie |
| <input type="checkbox"/> tristesse | <input type="checkbox"/> irritabilité | <input type="checkbox"/> euphorie |

▪ Niveau de sociabilité : bon moyen repli sur soi

▪ Vie en groupe :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> appréciée | <input type="checkbox"/> difficile | <input type="checkbox"/> contacts superficiels |
| <input type="checkbox"/> vie solitaire | <input type="checkbox"/> contacts approfondi | |

- Besoin de sollicitation : •oui non •parfois

ACTIVITES ET LOISIRS

- Activités/centres d'intérêts :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Broderie |
| <input type="checkbox"/> Cinéma | <input type="checkbox"/> Jardinage | <input type="checkbox"/> Couture |
| <input type="checkbox"/> Théâtre | <input type="checkbox"/> Arts plastiques | <input type="checkbox"/> Tricot |
| <input type="checkbox"/> Expositions | <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Musique | <input type="checkbox"/> Mots croisés | <input type="checkbox"/> Sport |
| <input type="checkbox"/> Bricolage | <input type="checkbox"/> Cuisine | |

Autres :

(Merci de préciser pour chaque item choisi) :

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

- Sieste : oui non Horaires :

- Emission particulière à la télévision : non oui Laquelle ?.....

- Promenade :

- Tous les jours De temps en temps •Parfois •Jamais