

## DEMANDE D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR / ACCUEIL REPIT VOLET ADMINISTRATIF

VOTRE DEMANDE : ACCUEIL DE JOUR  ET/OU ACCUEIL REPIT

### 1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LA PERSONNE ACCUEILLIE

#### Identité :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

#### Protection juridique :

Aucune  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Coordonnées du Médecin traitant : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Coordonnées du Médecin spécialiste : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

La personne est-elle suivie à la consultation mémoire ?  Oui  Non

### 2. PROCHE-AIDANT DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

### 3. AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tel. bureau : \_\_\_\_\_ Tel. portable : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tel. bureau : \_\_\_\_\_ Tel. portable : \_\_\_\_\_

#### 4. HISTOIRE DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

##### Situation familiale :

- Célibataire       Marié(e)       Divorcé (e)       Veuf (ve) depuis \_\_\_\_\_
- Enfants \_\_\_\_\_
- Petits enfants \_\_\_\_\_
- Frères et Sœurs \_\_\_\_\_

##### Lieu de vie :

- Seul       Avec conjoint
- En famille ; Composition : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

##### Etudes, profession :

- Non scolarisé       Certificat d'études       BEPC       Baccalauréat       Etudes supérieures

Profession exercée : \_\_\_\_\_

##### Passes-temps, centres d'intérêts et loisirs :

- Jeux de société      Lesquels : .....
- Jardinage
- Mots fléchés, croisés
- Activités physiques      Lesquelles : .....
- Lecture
- Activités artistiques (peinture, dessin etc...)
- Chant
- Ecoute musicale
- Pratique d'un instrument de musique
- Tricot
- Couture
- Autres : .....

##### Communication :

Comprend-il une consigne ?

- Comprend       Sait se faire comprendre
- A des difficultés à comprendre       A des difficultés à se faire comprendre
- Ne semble pas comprendre quand on lui parle

##### Santé :

###### Vue

- Porte des lunettes            A des troubles de la vue
- Voit bien            Cécité

###### Audition :

- A une prothèse auditive
- A des difficultés pour entendre
- N'entend pas

Prothèse dentaire :

oui  non  haut  bas

Alimentation :

Texture normale  Mixé  Haché  
 Sans aide  Aide partielle  Aide totale

Régime suivi : \_\_\_\_\_

Boisson :

Liquide  Gélifiée

Déplacement :

Se déplace seul (e) sans aide technique   
Se déplace avec une canne   
Se déplace avec un déambulateur   
Se déplace avec un fauteuil roulant

**Soins spécifiques :**

Transfert : (se lever, s'asseoir, se coucher)

- Réalise les transferts seul
- Les réalise avec stimulation d'un tiers
- Les réalise seul partiellement
- Ne les réalise pas seul

Elimination :

Urinaire  Continent(e)  Anale  Continent(e)  
 Incontinent(e)  Incontinent(e)

- A-t-il/elle besoin d'aide pour aller aux toilettes ?
- Nécessité d'inciter la personne à aller aux toilettes
- Incitation à aller aux toilettes intermittente avec actes spontanés

Habitudes :

Fume régulièrement  Nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_  
Consommation d'alcool  Nombre de verres par jour : \_\_\_\_\_

**Sommeil :**

- Ne différencie pas le jour et la nuit  Déambule la nuit  Prescription d'un somnifère
- Troubles du sommeil

Remarques :

Heure du lever : \_\_\_\_\_ Heure du coucher : \_\_\_\_\_ Sieste

**Autres évènements ou éléments de vie qu'il vous parait important de nous communiquer pour un meilleur accueil de votre proche.**

---

---

---

---

## 5. SOUTIEN AU DOMICILE

APA:        Oui                      Non                      GIR :

Intervenants extérieurs :

- Infirmière libérale : \_\_\_\_\_
- SSIAD (Aides soignants) : \_\_\_\_\_
- Auxiliaire de vie / Aide ménagère : \_\_\_\_\_
- Orthophoniste : \_\_\_\_\_
- Kinésithérapeute : \_\_\_\_\_
- ESA (Equipe spécialisée Alzheimer) : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

## 6. AUTORISATIONS

J'autorise l'établissement à me prendre en photo dans le cadre de l'identitovigilance (photographie dans le dossier médical, dans les classeurs infirmiers et aides soignants)

Oui     Non

J'autorise la prise de photographies dans le cadre des fêtes organisées dans l'établissement (à usage interne seulement)

Oui     Non

## 7. DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

- Une photocopie de la carte d'identité
- Une photocopie de l'attestation d'assuré social
- Une photocopie de l'attestation mutuelle
- Une photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- Un certificat de non contagion
- La notification du GIR par le Conseil Général
- Courriers médicaux concernant le suivi des troubles de la mémoire (bilan réalisé par le neurologue, par la consultation mémoire, par l'orthophoniste,...)
- Une photocopie de l'ordonnance de traitements en cours

## 8. TARIFS

### ✓ Service d'Accueil de jour :

#### Tarifs Hébergement au 01.04.2020

60 ans et plus :

➤ 29,19 €

Moins de 60 ans :

➤ 39,06 €

Auquel s'ajoute le tarif dépendance suivant (pouvant être pris en charge partiellement par L'Allocation Personnalisée d'Autonomie : APA)

#### Tarifs Dépendance au 01.01.2020

60 ans et plus :

➤ Gir 1 et 2 : 14,03 €

➤ Gir 3 et 4 : 8,91 €

➤ Gir 5 et 6 : 3,78 €

### ✓ Service d'Accueil répit :

#### Tarif Accueil répit par demi-journée :

➤ 10 €