



# DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR : (Zone réservée à l'établissement)

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Date d'entrée physique : ..... | Membre Associé : <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|---|

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE A ACCUEILLIR : (Zone à remplir par la famille)

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| NOM ..... Prénom ..... | Nationalité : ..... |
|------------------------|---------------------|

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| NOM DE JEUNE FILLE : ..... | Date et lieu de naissance : ..... |
|----------------------------|-----------------------------------|

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Adresse : ..... | CP - Ville ..... |
|-----------------|------------------|

|   |
|---|
| Situation Familiale : Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (Ve) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Depuis le..... Nbre d'enfants : ..... |
|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Protection des majeurs :</b><br>Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> | Nom du tuteur / curateur : .....<br>Adresse : .....<br>Tél : ..... |
|--|--|

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| N° Sécurité Sociale : ..... | Vit seul (e) = OUI / NON (si non) <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfants <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|---|

### AIDES FINANCIERES SOLLICITEES : (Zone à remplir par la famille)

| Aides                 | Demandées – date | Perçues – date | Montant perçu |
|-----------------------|------------------|----------------|---------------|
| APA – GIR : .....     |                  |                |               |
| Aide sociale          |                  |                |               |
| Allocation Handicapés |                  |                |               |
| Autre                 |                  |                |               |

### NOMS DES CAISSES DE RETRAITES : (Merci de préciser l'ensemble des caisses de retraite de la personne à accueillir)

| NOM | MATRICULE | CAISSE RESERVATAIRE |
|-----|-----------|---------------------|
|     |           |                     |
|     |           |                     |
|     |           |                     |
|     |           |                     |
|     |           |                     |
|     |           |                     |

### DEMANDE DE PRISE EN CHARGE : (Zone à remplir par la famille)

|                                |                                |                                   |                                |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI <input type="checkbox"/> | MARDI <input type="checkbox"/> | MERCREDI <input type="checkbox"/> | JEUDI <input type="checkbox"/> | VENDREDI <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### MODE D'ACCOMPAGNEMENT :

|                                  |  |                                    |             |
|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------|
| FAMILLE <input type="checkbox"/> | ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/> | AMBULANCE <input type="checkbox"/> | AUTRE ..... |
|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------|

### CAUTION : (Zone à remplir par l'établissement)

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Caution versée le : ..... / ..... / ..... | Montant : ..... Chèque N° : ..... |
|---|-----------------------------------|

|  |   |
|--|---|
| Correspondant à : ..... jours x 4 semaines | Caution solidaire signée : <input type="checkbox"/> |
|--|---|



# DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (Zone à remplir par la famille)

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Référents administratifs :  |                                |
| <b>ADRESSE N° 1 :</b>       | <b>LIEN DE PARENTE :</b> ..... |
| Nom : .....                 | Prénom : .....                 |
| Adresse :<br>.....<br>..... |                                |
| Code Postal : .....         | Ville : .....                  |
| Téléphone domicile : .....  | Téléphone travail : .....      |
| Portable : .....            |                                |
| <b>ADRESSE N° 2 :</b>       | <b>LIEN DE PARENTE :</b> ..... |
| Nom : .....                 | Prénom : .....                 |
| Adresse :<br>.....<br>..... |                                |
| Code Postal : .....         | Ville : .....                  |
| Téléphone domicile : .....  | Téléphone travail : .....      |
| Portable : .....            |                                |

## MEDECIN TRAITANT :

## MEDECIN SPECIALISTE : (Zone à remplir par la famille)

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
|                             | <b>SPECIALITE :</b> .....   |
| Nom : .....                 | Nom : .....                 |
| Adresse :<br>.....<br>..... | Adresse :<br>.....<br>..... |
| Téléphone : .....           | Téléphone : .....           |
| Portable : .....            | Portable : .....            |

## FICHE COMPLETEE PAR : (Zone à remplir par la famille)

Madame / Monsieur : ..... Date : .....

Signature :

### PLAN D'AIDE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE

|   | Dom. | Ext. | Nom ou cabinet | Jours, fréquence | Adresse | Tél. |
|---|------|------|----------------|------------------|---------|------|
| <b>Infirmier</b>                                    |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Aide-soignant</b>                                |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Auxiliaire de vie</b>                            |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Aide ménagère</b>                                |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Kinésithérapeute</b>                             |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Orthophoniste</b>                                |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Intervenant<br/>du secteur<br/>psychiatrique</b> |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Psychologue</b>                                  |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Service de<br/>préparation<br/>du repas</b>      |      |      |                |                  |         |      |
| <b>Autres :</b><br>-----<br>-----                   |      |      |                |                  |         |      |

Nom de la personne ayant rempli le dossier : .....

Lien avec la personne accueillie : .....





## DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

Fournir une copie de l'ordonnance du traitement en cours  
Ou  
A défaut remplir les items ci-après

### V. TRAITEMENT SPECIFIQUE : Nom, Forme Galénique, Dosage

|                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>ARICEPT</b><br>.....<br>..... | <b>EXELON</b><br>.....<br>..... |
| <b>REMINYL</b><br>.....<br>..... | <b>EBIXA</b><br>.....<br>.....  |

### VI. TRAITEMENT PSYCHOTROPE : Nom, Forme Galénique, Dosage

|  |   |
|--|---|
| <b>ANTIDRESSEUR :</b><br>.....<br>.....    | <b>THYMOREGULATEUR :</b><br>.....<br>.....    |
| <b>ANXIOLYTIQUE :</b><br>.....<br>.....    | <b>TRAITEMENT GENERAL :</b><br>.....<br>..... |
| <b>ANTIPSYCHOTIQUE :</b><br>.....<br>..... | <b>Autres :</b><br>.....<br>.....             |

Par ailleurs, si vous en disposez,  
merci de bien vouloir nous transmettre :

Les comptes-rendus d'hospitalisation  
Les comptes-rendus des bilans neuropsychologiques  
Les comptes-rendus des examens neuroradiologiques  
Les résultats du NPI (*Inventaire Neuro Psychiatrique des symptômes  
psychologiques et comportementaux*)



# DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

## B- HISTOIRE MEDICALE DU PATIENT

### 1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 2. ALLERGIES

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 3. CONTEXTE CLINIQUE

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <b>Cardio-vasculaire</b> | .....          |
| <b>Ostéo-articulaire</b> | .....          |
| <b>Pulmonaire</b>        | .....          |
| <b>Digestif</b>          | .....          |
| <b>Uro-génital</b>       | .....          |
| <b>Autres</b>            | .....<br>..... |

### 4. PERCEPTION SENSORIELLE

|   |                       |                          |                       |                          |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <b><u>Port de prothèse auditive :</u></b> | <b>Oreille droite</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Oreille Gauche</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>Port de lunettes :</u></b>          | <b>OUI</b>            | <input type="checkbox"/> | <b>NON</b>            | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>Port de dentier :</u></b>           | <b>haut</b>           | <input type="checkbox"/> | <b>bas</b>            | <input type="checkbox"/> |
| <b>Autres :</b>                           | .....                 |                          |                       |                          |



# DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

## 5 HABITUDES ET RISQUES SPECIFIQUES

### 5.1 VACCINATION

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>BCG</b>     | <b>DATE :</b> ..... |
| <b>TETANOS</b> | <b>DATE :</b> ..... |
| <b>GRIPPE</b>  | <b>DATE :</b> ..... |
| <b>PNEUMO</b>  | <b>DATE :</b> ..... |

### 5.2 HABITUDES TOXIQUES

|  |  |
|--|--|
| <b>Tabagisme</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Ethylisme</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
|--|--|

### 5.3 REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

|                      |                          |       |
|----------------------|--------------------------|-------|
| <b>Mixé</b>          | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <b>Viande Hachée</b> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <b>Diabétique</b>    | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <b>Eau gélifiée</b>  | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <b>Autres</b>        | <input type="checkbox"/> | ..... |

### 5.4 TROUBLES DE LA DEGLUTITION

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>A préciser :</b><br>.....<br>.....<br>..... |
|---|--|

### 5.5 RISQUE DE CHUTE

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Facteurs de risque à préciser :</b><br>.....<br>.....<br>..... |
|---|---|

### 5.6 RISQUE DE FUGUE

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Facteurs de risque à préciser :</b><br>.....<br>.....<br>..... |
|---|---|



# DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR

## GRILLE NATIONALE AGGIR

**Degré d'autonomie et besoin d'assistance :** Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulants ...)

**Grille à remplir en utilisant :**

A = fait seul (e) totalement, habituellement, correctement - B = fait partiellement - C = ne fait pas

|    |   | A | B | C | Motivation de la réponse |
|----|---|---|---|---|--------------------------|
| 1  | <b>COHERENCE :</b><br>converser et/ou se comporter de façon logique sensée  |   |   |   |                          |
| 2  | <b>ORIENTATION :</b><br>se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux   |   |   |   |                          |
| 3  | <b>TOILETTE :</b> assurer son hygiène corporelle<br><br>Haut : Visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage<br>Bas : Membres inférieurs, pieds, régions intimes   |   |   |   |                          |
| 4  | <b>HABILLAGE :</b> s'habiller, se déshabiller, se présenter<br><br>Haut : Vêtements passés par le bras et/ou la tête<br><br>Moyen : Fermetures des vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions<br><br>Bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures |   |   |   |                          |
| 5  | <b>ALIMENTATION :</b><br>Se servir et manger les aliments préparés  |   |   |   |                          |
| 6  | <b>ELIMINATION :</b><br>Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire<br>Assurer l'hygiène de l'élimination fécale  |   |   |   |                          |
| 7  | <b>TRANSFERT :</b><br>Se lever, se coucher, s'asseoir   |   |   |   |                          |
| 8  | <b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :</b><br>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant  |   |   |   |                          |
| 9  | <b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :</b><br>A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport  |   |   |   |                          |
| 10 | <b>COMMUNICATION A DISTANCE :</b><br>Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...  |   |   |   |                          |

Fait à .....

Le .....

Nom et qualité du médecin signataire : .....



ACCUEIL DE JOUR