

FICHE DE RENSEIGNEMENT A RETOURNER A L'ACCUEIL DE JOUR

1) IDENTITE : joindre photocopie pièce d'identité

NOM D'USAGE:.....

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Adresse:.....

.....

Téléphone :

Courriel :

2) PROTECTION JURIDIQUE : joindre jugement de tutelle

OUI / NON / En cours

Type de protection demandée : Tutelle / Curatelle / Habilitation familiale

3) PERSONNE DE CONFIANCE

NOMS/PRENOMS :

Adresse:.....

.....

Téléphone :

Courriel :

**4) ALLOCATION POUR L'AUTONOMIE (APA) : joindre Décision
d'attribution ou plan d'aide**

OUI / NON / En cours

GIR actuel :

Evaluateur APA : NOM :

Téléphone :

Mail :

5) INTERVENTIONS A DOMICILE / INTERVENANTS EXTERIEURS

Précisez le début de prise en charge et la fréquence :

- Auxiliaire de vie :.....
- Aide-ménagère :.....
- Infirmière :.....
- Kinésithérapeute :.....
- Orthophoniste :.....
- Equipe spécialisée Alzheimer (ESA) :.....
- Autres :.....

6) HISTOIRE DE VIE

Situation familiale : Célibataire / Marié / Divorcé / Veuf / En couple

Mode de vie : Vit en couple / Vit seul / Habite chez un proche

Enfants : OUI : combien ? / NON

Petits-enfants : OUI : combien ? / NON

Commentaires :
.....
.....

Niveau d'étude :

Profession exercée :

Langues parlées :

Evènements de vie marquants (déménagement, séparation, décès...) :
.....
.....
.....
.....

7) VIE QUOTIDIENNE

Activités pratiquées :

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

Centre d'intérêt :

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

Croyances :

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

Vie sociale / relationnelle :

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

Consommation :

- Fumeur : OUI NON
- Alcool autorisé : OUI NON

8) AUTONOMIE

Communication verbale :

- S'exprime sans difficultés : OUI / NON

- Si NON, précisez les difficultés :

.....
.....

Sensoriel :

- Lunettes : OUI / NON

- Prothèses auditives : OUI / NON

- Si OUI, précisez : Gauche / Droit / Les 2 / Aucun

Comportement :

- Rencontrez-vous des difficultés de comportement? OUI / NON

- Si OUI, précisez :

Anxiété / Agitation / Perte d'intérêt / Déambulation /

Fugue / Peut être dans le refus ou l'opposition

Commentaires :

.....

.....

Mobilité :

- En intérieur, se déplace seul : OUI / NON

- Si NON, précisez : Canne / Déambulateur / Aide humaine

- En extérieur, se déplace seul : OUI / NON

- Si NON, précisez : Canne / Déambulateur / Aide humaine

- Risque de chute : OUI / NON

- Si OUI, précisez : Exceptionnellement / Parfois / Régulièrement

Commentaires :

.....

.....

Alimentation :

- Régime spécifique : OUI / NON
 - Si OUI, lequel : Diabétique / Sans porc / Sans viande
- Tousse durant les repas: OUI / NON
- A du mal à avaler les aliments : OUI / NON
- Appareil dentaire : HAUT / BAS
- Mange seul : OUI / NON
- Aliments à couper : OUI / NON

Toilette :

- Se rend seul aux toilettes : OUI / NON
 - Si NON, précisez :
- Port de protection : OUI / NON
 - Si OUI, précisez :

Commentaires :

.....

.....

9) MEDICAL : joindre compte-rendu consultation mémoire

Médecin traitant :

Neurologue :

Date de la dernière consultation mémoire :