



**DOSSIER D’ADMISSION**

**Accueil de jour de Saint Chéron**

64, route de Dourdan

91530 SAINT CHERON

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Renseignements administratifs sur la personne accueillie :

Nom marital :………………………………Prénoms : …………………………………..……

Nom de naissance :…………………………………

Date de naissance :……………………..………...

Nationalité :……………………………

N° Sécurité Sociale : ……………………………………….…

Adresse :…………………………………………………………………………………….…….…..

………………………………………………………………………………………………….…………….

………………………………………………………………………………………………….…………….

Téléphone :……………………………………………………………………………………………..

Renseignements administratifs de la personne référente de la personne accueillie :

Nom :………………………………………..Prénom :………………………………………………

Lien de parenté :………………………………………………………………………………………

Adresse :…………………………………………………………………………………..………………

………………………………………………………………………………………………….………………

………………………………………………………………………………………………….……………….

Téléphone :………………………………………………………………………..………………………

Mail :…………………………………………………………………………………………………………..

# Documents à remettre

## DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A JOINDRE A CETTE DEMANDE

Une photocopie des papiers suivants :

* Carte d’identité,
* Livret de famille,
* Responsabilité civile,
* Attestation sécurité sociale,
* Carte mutuelle,
* Dernier avis d’imposition,
* Notification APA par le conseil départemental
* Ordonnance de jugement de tutelle (si mesure de protection),
* RIB
* 2 photos d’identité

## DOCUMENTS MEDICAUX A JOINDRE A CETTE DEMANDE

* Photocopie de l’ordonnance avec le traitement actuel (à renouveler),
* Photocopie des comptes rendus médicaux.
* Questionnaire médical d’admission ou CERFA n° 14732\*03 rempli par le médecin traitant ou le médecin adresseur

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A REMPLIR SI BESOIN AVEC L’AIDE DU MEDECIN)

#### HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

#### ANTECEDENTS PERSONNELS

Médicaux :

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Chirurgicaux :

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**ALLERGIES** ……………………………………………………………………………………..

#### TRAITEMENT EN COURS

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

#### VACCINATIONS :

Tétanos : 🞎 non 🞎 oui date : ………………………………………………

###### Médecin traitant

Nom : ………………… ……………...……………..Prénom : …………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

#### Suivis Spécifiques (consultation mémoire, neurologue, psychologue, orthophoniste, kiné, …)

Nom : ………………… ……………...……………..Prénom : …………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

Nom : ………………… ……………...……………..Prénom : …………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

Nom : ………………… ……………...……………..Prénom : …………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

Nom : ………………… ……………...……………..Prénom : …………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

**INTERVENANTS: (SSIAD, ADMR, CLIC, ESA, …)**

Nom : ………………… ……………...……………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

Fréquences : ……………………………………………………………….. H/semaine

Nom : ………………… ……………...……………..………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….Téléphone : ………………………………………

Fréquences : ……………………………………………………………….. H/semaine

**AUTRE (participation à un protocole clinique, suivi en hôpital de jour, …)**

-………………………………………………………………………………………………………………………

-………………………………………………………………………………………………………………………

-……………………………………………………………………………………………………………………….

# AUTONOMIE

#### DEPLACEMENTS A L’INTERIEUR

□ Se déplace seul(e) avec ou sans canne

□ Se déplace dans quelques pièces mais non habituellement

□ N’effectue pas seul(e) ses déplacements

□ Canne □ Fauteuil roulant

□ Déambulateur □ Autre présiser :

#### TRANSFERTS (se lever/s’asseoir)

□ Seul(e) □ Avec stimulation □ Avec aide

**ALIMENTATION :**

□ Normal □ Haché □ Mixé

□ Seul(e) □ Aide partielle □ Aide totale

Préciser :……………………………………………………………………………………..

□ Régime particulier (sans sel, sans sucre, …)

Préciser :……………………………………………………………………………………….

□ N’aime pas certains aliments : ……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

Vin □ Oui □ Non

Collation : □ Chocolat □ Café □ Thé □ Autres :

**ELIMINATION :**

□ Va au WC seul □ Accompagner au WC

□ Seul(e) □ Besoin d’aide

□ Continent(e) □ Incontinent(e)

Type et taille de protection :

**APPAREILLAGE :**

VISION : LUNETTES OUI □ NON □

Voit bien avec ou sans lunettes □

A des troubles de la vision □

AUDITION : PROTHESE AUDITIVE OUI □ NON □

Entend bien □

A des difficultés pour entendre □

N’entend pas □

PROTHESE DENTAIRE : OUI □ NON □

HAUT □ BAS □

#### HABITUDES PERSONNELLES

□ Aime la compagnie □ Préfère rester seul(e)

□ Aime parler □ N’aime pas parler

Préciser les goûts et les loisirs de la personne :

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

**PRATIQUES RELIGIEUSES**

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

#### ORIENTATION

🞎 Se repère dans le temps 🞎dans les lieux

🞎 Se repère partiellement

🞎 Ne se repère plus

#### TROUBLES DU COMPORTEMENT (agitation, anxiété, apathie, …)

🞎 Coopération 🞎 Anxiété

🞎 Dynamisme 🞎 Cris

🞎 Passivité 🞎 Déambulation intérieure

🞎 Agitation 🞎 Errance extérieure

🞎 Agressivité 🞎 Trouble de sommeil

🞎 Opposition 🞎 Réveils la nuit

🞎 Episodes délirants 🞎 Autres …………………………………………..

**Situations à risque :**

🞎 Chute 🞎 fausse route aux solides

🞎 Fugue 🞎 fausse route aux liquides

🞎 Addiction ………………………………………….

🞎 Autres ………………………………………………

#### SOMMEIL

🞎 Ne différencie pas le jour et la nuit

🞎 Déambule la nuit 🞎 Troubles du sommeil

🞎 Prend-il ou elle un somnifère 🞎 Heure du lever :

🞎 Heure du coucher : 🞎 Sieste

Remarques :………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

#### COMMUNICATION

Comprend-il une consigne simple ?

🞎 Comprend 🞎 Sait se faire comprendre

🞎 A des difficultés à comprendre

🞎 Ne semble pas comprendre quand on lui parle

Remarques :………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

# Désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e),....................…, né (e) le……………………………….. , et demeurant ………………………………………………………………………………………………..

Désigne

Monsieur / Madame,…………………………………………………………………….

Né(e) le ………………………………………………

Résidant …………………………………………………………………………………………………

Téléphone ………………………………………………………………………………………………

Adresse e-mail ……………………………………………………………………………………….

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement / uniquement pour la durée de mon séjour à l’accueil de jour de Saint Cheron

J'ai bien noté que Monsieur / Madame …………………………………………………………..

* pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
* pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
* ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
* sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à ………………………………………………., le ……………………………………………………..

Votre signature

Signature de la personne désignée

# DROIT A L’IMAGE

Je soussigné(e)

Nom : ……………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………...

Adresse complète : …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

Représentant de Mme/Mr : ……………………………………………......................................

Autorise le personnel de l’Accueil de Jour à prendre des images de ma personne (ou de Mme/Mr …………………………………………………………) lors dema présence / de sa présence à l’Accueil de Jour.

Cette autorisation vaut pour la reproduction des images dans leur intégralité ou partiellement, sur support, par tout média audiovisuel et graphique, et n’entraine pas obligation de diffusion.

Cette autorisation est donnée gracieusement et uniquement au Centre d’Accueil de Jour de Saint Cheron pour toute utilisation faite directement.

J’accepte expressément que ces prises de vues fassent l’objet de modifications (coupures, retouches d’images..) nécessitées par les impératifs et objectifs techniques et artistiques de la réalisation, et, ce, conformément aux usages de la profession, dans le respect des mes droits / ses droits à la vie privée (Article 9, loi n°70-643 du 17 juillet 1970) et sous réserve que ces modifications et le montage n’altèrent pas mon identité / son identité, ma dignité / sa dignité, ni le sens de mes propos / ses propos.

Fait à : …………………………………………..

Le : ……………………………………………...

Signature

*(Précédée de la mention « bon pour accord »)*

**AUTORISATION PERMANENTE DE SORTIE**

Madame, Monsieur,

Afin d’améliorer la qualité d’accueil que nous proposons à votre proche, au sein de notre accueil de jour, dans un souci de respect de ses désirs et ses choix, nous proposons la mise en place d’une autorisation permanente de sortie. Cette démarche permettrait à votre proche de participer, dans le cadre de notre accueil de jour, aux activités extérieures qu’il affectionne et qu’il aura choisi de faire.

Madame, monsieur,………………………………………………………………………………......

En qualité de ……………………………………………………………………………………………….

* Autorise
* N’autorise pas

Madame, monsieur, ……………………………………………………………………………………..

A participer aux diverses sorties organisées par l’accueil de jour de Saint Cheron (promenade, musée …)

Fait à …………………………………….

Le …………………………………………..

Signature

*(Précédée de la mention « bon pour accord »)*

# AUTORISATION D’APPEL AUX SECOURS (SAMU) ET TRANSPORT A L’HOPITAL

Je soussigné (e), M/Mme ………………………………………………………..

En qualité de\*………………………………………………………………………..

Autorise les professionnels de l’Accueil de jour à demander

l’hospitalisation de

M/Mme…………………………………………………… en cas de d’urgence.

Fait à …………………………………….

Le …………………………………………..

Signature

*(Précédée de la mention « bon pour accord »)*

\*tuteur, curateur, conjoint, personne de confiance