



DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE JOUR

POUR DES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU TROUBLES
APPARENTEES

OU POUR DES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE HANDICAP PSYCHIQUE



RUE NORBERT SEGARD

59910 BONDUES

Tél : 03.20.25.94.60

Mail : contact@ehpad-bondues.fr

Site : www.ehpad-bondues.fr

VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'INSCRIPTION POUR UN ACCOMPAGNEMENT EN ACCUEIL DE JOUR

Nous vous remercions 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 transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur de l'Accueil de jour

Retourner l'ensemble des 2 dossiers administratif et médical, ainsi que les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille ;
- Copie de l'attestation de sécurité sociale ;
- Copie de la carte mutuelle ;
- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition ;
- Attestation de responsabilité civile ;
- Copie du jugement de tutelle ou curatelle s'il y a lieu ;
- Copie de la notification d'APA à domicile ;
- Copie du plan d'aide APA à domicile.

Le dossier complet est à retourner à l'adresse suivante

**EHPAD Albert du Bosquiel
Madame CASTEELE Lydie ou Madame THERAGE Audrey, Infirmières
Responsables de l'Accueil de jour
Rue Norbert Segard
59910 BONDUES**

*Le dossier peut être également déposé au secrétariat de la Résidence Albert du Bosquiel,
EHPAD de Bondues.*

DOSSIER ADMINISTRATIF

Etat civil

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Situation familiale :

Marié(e)

Veuf(ve)

Divorcé(e)

Célibataire

Union libre

Régime de protection juridique :

Tutelle

Curatelle

Mandataire spéciale

Jugement en cours

Aucune

Nombre d'enfants :

Nom/Prénom	Lien de parenté / qualité	Adresse	Téléphone domicile / travail / portable

Sécurité Sociale

N°de S S :

Nom de la caisse :

Adresse de la Caisse :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI NON

Mutuelle

OUI

☞ Joindre une photocopie de la carte de mutuelle en cours de validité

NON

N° d'adhérent :

Nom de la mutuelle :

Adresse :

.....

Allocations spécifiques

Vous bénéficiez de l'APA à domicile

OUI

☞ Joindre une copie de la notification d'attribution et du plan d'aide

NON

Vous bénéficiez d'une aide financière : OUI NON

Si oui laquelle :

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Aides à domicile

❖ Aides ménagères : OUI NON

Nom :

Prénom :

Organisme :

DOSSIER MEDICAL

(A faire remplir impérativement par le médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur de l'accueil de jour)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Groupe sanguin : ↪ *Joindre une copie de votre carte de groupe sanguin*

Poids :

Taille :

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux

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

Traitement en cours

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

↪ *Joindre la dernière prescription*

Allergie(s)

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

Vaccination(s)

- Grippe Date :
- Tétanos Date :
- Autres Précisez : Date :

Régime alimentaire

- Diabétique
- Sans sel
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Texture adaptée de type :
- Mixée
 - Hachée
 - Épaissie

Incontinence

La personne souffre-t-elle d'une incontinence : OUI NON

Si oui, laquelle : Vésicale Anale

Autonomie / Dépendance

↳ Remplir la grille AGGIR ci-après par le médecin traitant

GRILLE AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement		Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H	Code			
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p style="text-align: center; color: blue;">Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) ▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) ▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p style="text-align: center; color: red;">Codefinal si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Orientation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Toilette : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B ▪ Habillage : <ul style="list-style-type: none"> - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. ▪ Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B ▪ Élimination : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B 	
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

Je soussigné(e),....., docteur en
médecine, certifie avoir examiné ce jour,
M.....
.....

Fait à :

Date :

Signature et cachet du médecin traitant

RECUEIL DE VIE

A remettre le 1^{er} jour de l'admission

Histoire de vie

Profession antérieure :

Religion :

Pratiquée : OUI NON

Deuils significatifs : Epoux Année :

 Enfants Année :

 Père Année :

 Mère Année :

 Autres Précisez :

 Année :

Habitudes de vie

Habitation

➤ Ville Campagne

➤ Maison Appartement

Autres Précisez :

Actuellement la personne vit :

Seule

Avec son conjoint

Dans sa famille Précisez :

Autres Précisez :

La personne est :

Très sociable Plutôt sociable

Peu sociable Solitaire

Aime-t-elle partir de chez elle :

- Quelques heures (achats, promenade, etc.)
- 1 journée (chez les enfants, les petits enfants, etc.)
- Quelques jours (vacances, excursions, etc.)

Activités

Cochez ce que la personne avait coutume de faire et entourez ce qu'elle continue à faire

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mettre la table | <input type="checkbox"/> Participer ou faire la vaisselle |
| <input type="checkbox"/> Faire à manger, faire son lit | <input type="checkbox"/> Passer le balai |
| <input type="checkbox"/> Regarder la télévision (<i>précisez le genre d'émission</i>)..... | |
| <input type="checkbox"/> Lire un livre, le journal | <input type="checkbox"/> Tricoter |
| <input type="checkbox"/> Coudre | <input type="checkbox"/> Jouer aux cartes, jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Peindre | <input type="checkbox"/> Bricoler |
| <input type="checkbox"/> Jardiner | <input type="checkbox"/> S'occuper des plantes |
| <input type="checkbox"/> S'occuper des animaux | <input type="checkbox"/> Faire la sieste |
| <input type="checkbox"/> Marcher à l'extérieur | <input type="checkbox"/> Chanter |
| <input type="checkbox"/> Ecouter de la musique (<i>préciser le genre de musique</i>)..... | |
| <input type="checkbox"/> Dessiner | <input type="checkbox"/> Participer à la vie associative |
| <input type="checkbox"/> Aller au restaurant, au théâtre, au cinéma | |
| <input type="checkbox"/> Pratiquer un sport (<i>précisez le genre de sport</i>) | |

Quels sont les aliments que la personne aime ?

.....

.....

.....

Quels sont les aliments que la personne n'aime pas ?

.....

.....

.....

La personne a-t-elle besoin d'aide pour manger : OUI NON

La personne est-elle assistée pour se déplacer : OUI NON
Si oui : d'une canne d'un déambulateur d'un fauteuil roulant

La personne doit-elle être assistée pour aller aux toilettes : OUI NON

Informations supplémentaires que vous souhaiteriez nous donner concernant la personne :

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