

# ACCUEIL DE JOUR DOSSIER D'ADMISSION



MAISON DE RETRAITE "VIVRE"  
ROSIERES-AUX-SALINES  
BLAINVILLE-SUR-L'EAU

## LE JARDIN DES LYS

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**TARIF JOURNALIER : 33.05 €**

**DEMI JOURNEE AVEC REPAS : 19.53 €**

**DEMI JOURNEE SANS REPAS : 13.53 €**

**TRANSPORT OMNIBUS : 2.51 € le trajet, soit 5.02 €**

Accueil de Jour – Rue du Pâquis des Toiles - 54110 ROSIERES AUX SALINES

Tél. 03.83.48.80.00 - Fax : 03.83.48.12.52

[mrrosieres@wanadoo.fr](mailto:mrrosieres@wanadoo.fr)

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

*Demande d'accueil de :*

NOM : ..... Prénom : .....

**Qui fait la demande d'accueil :**

Personne elle-même :

Famille :

Structure médicale :  A préciser : \_\_\_\_\_

Institution :  A préciser : \_\_\_\_\_

Service social :  A préciser : \_\_\_\_\_

Commune :  A préciser : \_\_\_\_\_

*Coordonnées du demandeur :*

Nom.....

Adresse.....

*La personne prochainement accueillie est-elle :*

➤ *informée de cette démarche :* OUI  NON

*Si non, pourquoi :*

.....  
.....

➤ *consentante à cette démarche d'accueil ?* OUI  NON

Fait à, ....., le .....

*Signature manuscrite :*

**RENSEIGNEMENTS PREALABLES A L'ADMISSION :**  
**(à remplir par l'intéressé(e) ou sa famille)**

**Nom :** .....**Nom de jeune fille :** .....

**Prénoms :** .....

**Date de Naissance :** |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**Lieu de Naissance :** .....

**Nationalité :** .....

**Religion :** .....

**Situation de famille :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> - Marié(e)    | <input type="checkbox"/> - Vie marital |
| <input type="checkbox"/> - Veuf(ve)    | <input type="checkbox"/> - Divorcé(e)  |
| <input type="checkbox"/> - Célibataire | <input type="checkbox"/> - Séparé(e)   |

**Nombre d'Enfants :** |\_\_|

**Dont vivants au jour de la demande :** |\_\_|

**Coordonnées des Enfants :** (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone)

Nom prénom.....

Adresse.....

Nom prénom.....

Adresse.....


Nom prénom.....

Adresse.....


Nom prénom.....

Adresse.....


**Domicile :**

.....  
.....


**Coordonnées de la Personne à contacter en cas de problème médical ou autre :** (nom, adresse, numéro de téléphone)

.....  
.....

**Adresse et Numéro(s) de Téléphone auxquels il est possible de vous joindre actuellement :**

.....  
.....

**Nom et Coordonnées du Médecin Traitant :**

.....  
.....

**Coordonnées des spécialistes consultés :**

**ORL :** .....

**Ophthalmologue :** .....

**Cardiologue :** .....

**Neurologue :** .....

**Autres à préciser :** .....

.....  
.....

**Nom et Adresse de la Caisse Gestionnaire d'Assurance Maladie :**

.....

**Numéro de Sécurité Sociale :** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_ |

**Nom et Adresse de la Mutuelle Complémentaire :**

.....

**Numéro de Mutuelle :** | \_\_\_\_\_ |

**Ancienne situation professionnelle :** .....

**Conduite à tenir en cas de décès lors de l'accueil :**

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

**L'intéressé(e) fait –il (elle) l'objet d'une mesure de protection juridique :**

NON

OUI

Si Oui, Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

**Coordonnées du Mandataire : (nom, prénom, numéro de téléphone)**

.....

**L'intéressé(e) est-il (elle) bénéficiaire de :**

Allocation APA à domicile : NON  OUI

Si Oui, N° de dossier : \_\_\_\_\_, Taux : \_\_\_\_\_

Adresse : .....

Je soussigné(e).....

demande la possibilité de bénéficier du dispositif d'Accueil de Jour au sein de l'EHPAD de Rosières aux Salines, et certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus.

Le :

Signature(s) :

**DESIGNATION ET ACCEPTATION D'ETRE LA PERSONNE DE CONFIANCE DE :**

M\_\_\_\_\_.

*Je soussigné(e)..... déclare sur l'honneur, que je désigne :*

*M.....Lien de Parenté .....*

*Coordonnées .....*

*Comme ma personne de Confiance, en application de la loi du 4 Mars 2002.*

**Article L. 1111-6**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 - Journal Officiel du 5 Mars 2002)

« Toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.»

Je soussigné(e).....

*Reconnait avoir connaissance du choix de :*

M.....

*Lien de Parenté ..... qui m'a désigné en tant que personne de confiance et accepte cette responsabilité.*

*Fait à .....*

*Date et signature manuscrite du résident :      Date et signature de la personne de confiance :*

## **ENGAGEMENT A REGLER LES FRAIS D'ACCUEIL**

*« Celui qui se rend caution d'une obligation, se soumet envers le créancier à satisfaire à cette obligation, si le débiteur n'y satisfait pas lui-même » (Article 2011 du Code Civil).*

Je soussigné(e).....

Domicilié(e) à.....

Né(e) le ..... à .....

Agissant pour le compte de .....

A titre de .....

Domicilié(e) à .....

Né(e) le .....

Après avoir pris connaissance du prix de journée dû au titre de l'accueil, prend l'engagement de payer mensuellement et à terme échu, au Trésor Public de Saint Nicolas de Port, les frais d'accueil.

Fait à ....., le .....

Lu et Approuvé Signature :

(Mention manuscrite) (Nom, Prénom, Qualité)

## PLANNING ACCUEIL DE JOUR

Accueil programmé :

Le :.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A compter du :

.....  
.....

➤ Les repas étant commandés à un prestataire extérieur, nous vous demandons de prévenir 72 h à l'avance pour les annulations. A défaut, le prix du repas sera facturé (et mis à disposition à l'établissement).

\_\_\_\_\_

Fait le .....

Lu et approuvé,

signature (nom, prénom, qualité)

**Mme CADAPEAUD Sophie,**

**Mme ANDREY Doriane,**

**Médecin coordonnateur**

**Responsable de l'organisation des soins**



**IDENTIFICATION DES PERSONNES A PREVENIR**

Souhaitez vous être prévenus lors de l'hospitalisation de votre parent :

OUI       NON

Centre hospitalier choisi : .....





Souhaitez vous être prévenus de la dégradation de l'état de santé de votre parent :

OUI       NON

Coordonnées de la personne à prévenir (qui se chargera de prévenir les autres proches du bénéficiaire) lors de ces évènements :

.....  
.....

Si plusieurs personnes sont à prévenir par nos soins (mésentente familiale par exemple...) :

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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**  
**(à remplir par le praticien hospitalier ou le médecin traitant)**

**Nom :** ..... **Prénoms :** .....

**Date de Naissance :** |\_\_| |\_\_| |\_\_\_\_|

**Pathologies actuelles :**

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

**Prise en charge à 100% :**                      OUI                                            NON                     

**ALD :** .....

**Traitement actuellement en cours :**

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

**Intolérances médicamenteuses :** .....

.....

**Allergies :** .....

**Vaccinations :**

Tétanos	OUI	<input type="checkbox"/>	Date : .....	NON	<input type="checkbox"/>
Grippe	OUI	<input type="checkbox"/>	Date : .....	NON	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	OUI	<input type="checkbox"/>	Date : .....	NON	<input type="checkbox"/>

**Antécédents :**

➤ **Médicaux :**

.....  
.....

➤ Chirurgicaux :

.....  
.....

➤ Neurologues éventuels :

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

➤ Conditions de vie durant les 5 dernières années :

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

**Fiche médicale à remplir par  
le Médecin Traitant**

**NOM :**  
**Né(e) le :**

**PRENOM :**  
**POIDS :**

**RESIDENCE ACTUELLE**

- 0 – DOMICILE
- 1 - MAISON DE RETRAITE
- 2 - SERVICE HOSPITALIER ACTIF
- 3 - SOINS DE SUITE / MOYEN SEJOUR.

**ENTOURAGE**

- 0 - CONJOINT VIVANT : OUI / NON
- 1 - CONJOINT AIDANT : OUI / NON
- 2 - NOMBRE D ENFANTS :

**COHERENCE**

- 0 - COHERENT
- 1 - PARTIELLEMENT COHERENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - INCOHERENT / INDETERMINABLE

**COMMUNICATION**

- 0 - LE FAIT AISEMENT
- 1 - LE FAIT AVEC DIFFICULTES
- 2 - PEU DE COMMUNICATION
- 3 - NE FAIT RIEN

**ORIENTATION TEMPORO SPATIALE**

- 0 - BIEN ORIENTE
- 1 - DESORIENTE PARTIELLEMENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - DESORIENTE / INDETERMINABLE

**HUMEUR**

- 0 - NORMALE
- 1 - ANXIETE / APATHIE
- 2 - TRISTESSE
- 3 – DEPRESSION

**TROUBLES DU COMPORTEMENT**

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - DEAMBULATION
- 2 - AGRESSIVITE
- 3 - DELIRE / CRIS
- 4 - AUTRES (ALIMENTATION, SOMMEIL, FUGUE, etc...)

**MANIPULATION DES OBJETS USUELS**

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - EN MANIPULE AISEMENT
- 2 - EN MANIPULE AVEC DIFFICULTE
- 3 - NE MANIPULE RIEN

**VALIDITE GENERALE**

- 0 - VALIDE
- 1 - AIDE AU LEVER
- 2 - SE DEPLACE AVEC DIFFICULTES
- 3 - AUCUN DEPLACEMENT

**AIDE A LA VALIDITE**

- 0 - AUCUNE AIDE
- 1 - MARCHE AVEC CANNE(S)
- 2 - DEAMBULATEUR
- 3 - ACCOMPAGNANT OBLIGATOIRE
- 4 FAUTEUIL ROULANT UNIQUEMENT

**VISION**

- 0 - VOIT BIEN
- 1 - LUNETES
- 2 - MAL VOYANT
- 3 - NON VOYANT/INDERMINABLE

**ALIMENTATION**

- 0 - PAS DE REGIME
- 1 - SANS SEL SIMPLE
- 2 - REGIME PARTICULIER
- 3 - PLUS DE 3 REPAS

**AUDITION**

- 0 - ENTEND BIEN
- 1 - APPAREILLAGE
- 2 - ENTEND AVEC DIFFICULTES
- 3 - NON ENTENDANT/INDERMINABLE

**TYPE D'ALIMENTATION**

- 0 - NORMAL (y compris hachée)
- 1 - MIXE
- 2 - SONDE
- 3 - PERFUSION

**PAROLE**

- 0 - PARLE NORMALEMENT
- 1 - DISCRETE GENE
- 2 - PARLE AVEC DES DIFFICULTES
- 3 - NE PARLE PAS / INCOMPREHENSIBLE

**FACILITE D'ALIMENTATION**

- 0 - MANGE SANS AIDE
- 1 - AIDE PARTIELLE
- 2 - PREPARATION DU PLATEAU
- 3 - AIDE TOTALE

**HYGIENE**

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A INSTALLER OU A SUPERVISER
- 2 - TOILETTE PARTIELLE
- 3 - TOILETTE COMPLETE

**CONTINENCE URINAIRE**

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - SONDE URINAIRE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

**HABILLEMENT**

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A SUPERVISER
- 2 - AIDE PARTIELLE / INTERMITTENTE
- 3 - NE LE FAIT PAS

**CONTINENCE ANALE**

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - STOMIE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

**SOINS INFIRMIERS**

- 0 - SURVEILLANCE
- 1 - UNE OU PLUSIEURS FOIS / SEMAINE
- 2 - QUOTIDIENS
- 3 - PLURIQUOTIDIENS

**KINESITHERAPIE**

- 0 - AUCUNE
- 1 - ENTRETIEN
- 2 - PASSIVE AU LIT
- 3 - INTENSIVE

**ESCARRES**

- 0 - PAS DE PREVENTION
- 1 - PREVENTION

**COMMENTAIRES :**

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :

\_\_\_\_\_

LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

CACHET :

## **LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION EN ACCUEIL DE JOUR**

- Attestation de droit assurance maladie (délivrée avec la carte vitale)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Carte mutuelle
- Carte d'identité
- Si le résident est placé sous protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), copie du jugement
- Une copie du livret de famille à jour
- Une photocopie du dernier avis d'imposition
- Une photo récente (moyen format)
- Ordonnance en cours

## **TROUSSEAU ET DOCUMENTS A FOURNIR POUR CHAQUE JOURNEE D'ACCUEIL**

- Une tenue de rechange
- Une paire de patins
- En cas d'incontinence : protections pour la journée
- Nécessaire pour hygiène bucco-dentaire (suivant habitudes)
- Serviette de table (papier)
- Ordonnance en cours
- Traitement non déconditionné (donner la boîte)