

# DOSSIER DE DEMANDE D'ACCUEIL DE JOUR

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### 1. Coordonnées

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Personne et adresse de facturation (si différente de celle de la personne accueillie) :

.....

.....

.....

Démarche à l'initiative de :

La personne concernée

La famille : .....

Le médecin : .....

Autre : .....

→ Si la démarche n'est pas à l'initiative de la personne accueillie : est-elle informée de la demande d'admission en Accueil de jour ?  Oui  Non

→ Est-elle consentante ?  Oui  Non

Date d'entrée souhaitée en Accueil de jour : ..... / ..... / .....

Immédiate :  OUI  NON

Dans les 6 mois :  OUI  NON

Echéance plus lointaine :  OUI  NON date exacte (le cas échéant) : ..... / ..... / .....

Combien de jours ou de demi-journées par semaine : .....

Quels jours souhaités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

## 2. Situation sociale et familiale

Situation maritale :

- Célibataire  
  Marié(e)  
  Concubinage  
  Divorcé(e)  
  Veuf(ve)

Entourage familial :

Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone			
E-mail			

## 3. Logement

- Habite seul(e)  
  Avec : .....  
 Habite en appartement : Etage : .....  
  Ascenseur  
 Code : .....  
 Habite en maison  
 Habite en foyer logement ou résidence autonomie

## 4. Régime de protection

<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Tutelle	<u>Coordonnées :</u> Nom et prénom : ..... ..... Adresse : ..... ..... Numéro de téléphone : ..... E-mail : ..... .....
---	--

## 5. APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Dossier réalisé :  Oui  Non  Demande en cours

GIR (Groupe Iso Ressources) : ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Date : .....

## 6. Intervenants

	Nom et téléphone	Jour de présence	Horaires
Aide à domicile (ménage, toilette, courses, etc.)			
Infirmier			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Médecin traitant			
Gériatre			
Portage de repas			
Autre (Equipe Spécialisé Alzheimer, Centre Médico-Psychologique, psychomotricien, etc.)			

# HABITUDES DE VIE

## 1. Alimentation

Régime :  Normal  Sans sel  Diabétique  Sans porc  Autre : .....

Texture :  Normal  Haché  Mixé

Prise des repas :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Risque de fausses routes :  Non  Oui :  Liquide  Solide

Allergies connues : .....

Aliments appréciés : .....

Aliments détestés : .....

## 2. Autonomie

### Appareillage :

Appareil	Non	Oui
Lunettes		
Prothèses auditives		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Prothèses dentaires		<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
Pace Maker		Depuis : .....

### Mobilisation :

Aide à la marche :

Aucune  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant  Aide humaine

Déplacement à l'intérieur :  Autonome  Aide

Déplacement à l'extérieur :  Autonome  Aide

Toilette :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Habillage :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

Continence : Urinaire :  Continent  Incontinent :  Jour  Nuit  
 Fécale :  Continent  Incontinent :  Jour  Nuit  
 Port d'une protection :  Non  Oui : Type : .....  
 Gestion des protections :  Autonome  Aide partielle  Aide totale  
 Orientation : Dans l'espace :  Non  Oui  
 Dans le temps :  Non  Oui  
 Sommeil : Heure du lever : .....  
 Heure du coucher : .....  
 Sieste :  Non  Oui : A quel moment : .....

### 3. Activités

	Avant	Maintenant
Cuisine		
Musique		
Sports		
Jeux de société		
Cinéma		
Loisirs		
Sorties		
Autres		

Occupations et habitudes quotidiennes : Quelle est la journée type à la maison ?

.....

.....

.....

## 4. Parcours de vie

Veillez répondre aux questions suivantes afin d'optimiser la prise en charge :

- Main dominante :       Droite       Gauche
  
- Langues parlées : .....
  
- Professions exercées : .....
  
- Niveau d'études : .....
  
- Pratiquez-vous une religion ? Si oui, laquelle : .....
  
  
- Souvenirs d'enfance / de vie :  
.....  
.....  
.....
  
  
- Faits marquants :  
.....  
.....  
.....
  
  
- Dates importantes :  
.....  
.....  
.....



## 2. Traitements

Joindre une ordonnance à jour OU remplir le tableau suivant :

Traitements	Posologie	Moment de prise		
		MATIN	MIDI	SOIR

Prise des médicaments :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

## 3. Conduites à risque

	Non	Oui
Fausses routes		
Chutes		
Fugues		
Tabac		
Alcool		

## 4. Symptômes psycho-comportementaux

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idées délirantes    | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil  | <input type="checkbox"/> Anxiété                         |
| <input type="checkbox"/> Désinhibition       | <input type="checkbox"/> Agressivité physique | <input type="checkbox"/> Euphorie                        |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations      | <input type="checkbox"/> Désorientation       | <input type="checkbox"/> Apathie                         |
| <input type="checkbox"/> Agitation           | <input type="checkbox"/> Irritabilité         | <input type="checkbox"/> Comportements répétitifs        |
| <input type="checkbox"/> Déambulation        | <input type="checkbox"/> Dépression           | <input type="checkbox"/> Comportement moteur<br>aberrant |
| <input type="checkbox"/> Agressivité verbale | <input type="checkbox"/> Exhibitionnisme      |  |

## 5. Autonomie

		A*	B*	C*
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication	pour alerter			
Cohérence				

A\* : Fait seul les actes de la vie quotidienne de façon spontanée et autonome.

B\* : Fait partiellement de façon non spontanée.

C\* : Ne fait pas du tout, ni spontanément, ni totalement.

GIR (Groupe Iso Ressources) :      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Fait à : .....

Le : .....

Par : .....

En ma qualité de : .....

Signature et tampon :

## PIÈCES A FOURNIR

Pour compléter le dossier de demande d'admission en ADJ, merci de fournir les photocopies des documents suivants :

- La carte d'identité
- Attestation de sécurité sociale
- Carte vitale
- Livret de famille
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Avis d'imposition : revenus, fonciers, habitation
- RIB
- Histoire de vie (document complété)
- Carte vitale
- Carte mutuelle complémentaire - si concerné
- Notification du Tribunal (tutelle, curatelle...) - si concerné
- Notification APA et Aide Sociale - si concerné
- Documents médicaux à jour (consultation médicale, hospitalisation, bilans mémoire, ordonnance si besoin)