

LA CÔTE DU BON ACCUEIL

DOSSIER D'INSCRIPTION

**Vous souhaitez faire une demande d'inscription
pour une prise en charge à l'accueil de jour de Bujaleuf**

Merci de bien vouloir remplir :

√ Le volet administratif (renseignements)

Faire remplir par le médecin traitant :

√ Le volet médical comprenant :

- Le compte rendu médical
- La photocopie du courrier du Conseil Général validant le Girage
- La dernière ordonnance en cours

→ **IMPORTANT** : le volet médical doit être mis sous pli confidentiel à l'attention du médecin référent de l'Accueil de Jour

et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- Copie de l'attestation papier Sécurité Sociale
- Copie de la carte de mutuelle en cours de validité
- Attestation de responsabilité civile
- RIB (pour le versement du forfait journalier de frais de transport)
- Copie du jugement tutelle ou curatelle
- Copie notification APA à domicile
- Copie du plan d'aide APA à domicile

Le dossier ne sera examiné que si toutes les pièces nécessaires sont fournies

à M. Jérôme DAUGE
Cadre de santé
Accueil de jour
La Côte Du Bon Accueil
Route du Mont
87460 BUJALEUF
email : jerome.dauge@chimb.fr

VOLET ADMINISTRATIF

Etat civil :

Nom : Prénoms :
Sexe : Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu :
Nationalité :
Adresse actuelle :
Ville : Code postal :
Téléphone :
Situation familiale : ➔ *joindre photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance*

- Marié(e)
 Veuf(ve)
 Divorcé(e)
 Célibataire
 Union libre

Régime de protection juridique ? ➔ *Joindre s'il y a lieu une photocopie du jugement*

- Tutelle Mandataire spécial
 Curatelle Jugement en cours

Nombre d'enfants :

Nom adresse des enfants et des personnes à contacter :

	Nom	Lien de parenté / Qualité	Adresse	Téléphone Domicile / Travail / Portable
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Sécurité Sociale :

N° SS : ➔ *Joindre une copie de l'attestation papier en cours de validité*
Nom de la caisse :
Adresse de la caisse :
Couverture Maladie Universelle : OUI NON
Prise en charge à 100% : 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 bénéficié de l'APA à domicile :

- OUI ➔ Joindre une copie de la notification d'attribution et du plan d'aide
 NON

Vous bénéficié d'une aide financière : OUI NON Si oui laquelle :.....

Médecin traitant :

Nom :..... Prénom :..... Téléphone :.....

Adresse :.....

Aides à domicile :

Aides ménagères : OUI NON

Nom :..... Prénom :..... Organisme :.....

N° téléphone :.....

Nombre d'heures :..... Fréquence des interventions :.....

Infirmières à domicile : OUI NON

Nom :..... Prénom :..... N° téléphone :.....

Nature des interventions :..... Fréquence :.....

Service de soins infirmiers à domicile : OUI NON

Organisme :..... N° téléphone :.....

Nature des interventions :..... Fréquence :.....

Histoire de vie :

Ancienne profession :

Religion : Pratiquée : OUI NON

Deuils significatifs : Epoux année :

 Père année :

 Mère année :

 Enfants année :

 Autres Précisez :année :

Habitudes de vie :

Habitation :

Ville Campagne

Maison Appartement

Autres

Actuellement la personne vit :

Seule

Dans sa famille Précisez :

Avec son conjoint

Autres Précisez :

La personne est :

Très sociable

Plutôt sociable

Peu sociable

Solitaire

Aime-t-elle partir de chez elle :

Quelques heures (achats, promenade,...)

1 journée (chez les enfants, les petits enfants,...)

Quelques jours (vacances, excursions,...)

Activités :

Cocher ce que la personne avait coutume de faire et entourer ce qu'elle continue à faire

- Mettre la table**
- Participer ou faire la vaisselle**
- Faire à manger, faire son lit**
- Passer le balai**
- Regarder la télévision (préciser quel genre d'émissions)**
- Lire un livre, le journal**
- Tricoter**
- Coudre**
- Crocheter**
- Jouer aux cartes, aux jeux de société, mots croisés**
- Peindre**
- Bricoler**
- Jardiner**
- S'occuper des plantes**
- S'occuper des animaux**
- Faire la sieste**
- Marcher à l'extérieur**
- Ecouter de la musique (préciser les chanteurs préférés)**
- Chanter**
- Dessiner**
- Participer à la vie associative**
- Aller au restaurant, au théâtre, au cinéma**
- Pratiquer un sport**

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 :

- D'une canne**
- D'un déambulateur**
- D'un fauteuil roulant**

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

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

- Vésicale OUI NON

- Anale OUI NON

Informations supplémentaires que vous souhaiteriez nous donner concernant la personne :

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

Type de prise en charge demandée :

Date d'entrée souhaitée :

Nombre de jours de prise en charge par semaine (de 1 à 5) :

Vous souhaitez être pris en charge en :

Accueil régulier en journée (hors week-end, jours fériés)

 ▶ Jours retenus : L Ma Me J V

Accueil en demi-journée : MATIN APRES-MIDI

 Avec Repas Sans repas

 ▶ Jours retenus : L Ma Me J V

Société de transport :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Tarifs : possibilité de prise en charge par l'APA à domicile (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Accueil régulier : 17.50€/jour (repas compris)

Accueil demi-journée : 12€/jour (avec repas) – 8€/jour (sans repas)

Signatures

Date : ____/____/_____

et/ou

Date : ____/____/_____

Signature de l'utilisateur :

Signature du représentant :

VOLET MEDICAL

COMPTE-RENDU MEDICAL

(à faire remplir impérativement par le médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin référent de l'Accueil de Jour)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Groupe sanguin :

Poids : Taille :

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Traitements en cours :

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

→ Joindre la dernière prescription

Allergie(s) :

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

Vaccinations :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grippe | Date :/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Tétanos | Date :/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Autres | Date :/...../..... |


Régime alimentaire :

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

Autonomie/dépendance

→ Remplir la nouvelle grille AGGIR ci-après.

EVALUATION DE LA DÉPENDANCE : GRILLE A.G.G.I.R.

Nom : Prénom : Date de naissance : Date de l'évaluation :	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)	S = spontanément T = totalement C = correctement H = habituellement					
Activités réalisées par la personne seule	S T C H	CODE	CODE FINAL	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales			
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pour chaque item, cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON) Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les 4 cases S à H. ♦ 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 coché, codez B. Code final si sous variables : Toilette : - AA = A - CC = C - autres = B Elimination : - AA = A - CC, BC, CB, AC, CA = C - autres = B Habillage : - AAA = A - CCC = C - autres = B Alimentation : - AA = A - CC, BC, CB = C - autres = B Orientation : - AA = A - CC, CB, BC, CA, AC = C - AB, BA, BB = B Cohérence : - AA = A - CC, CB, BC, CA, AC = C - AB, BA, BB = B
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Toilette <i>haut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>bas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Elimination <i>urinaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>fécale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Habillage <i>haut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>moyen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>bas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Alimentation <i>se servir</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>manger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Orientation <i>dans le temps</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>dans l'espace</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Cohérence <i>communication</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>comportement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Fauteuil roulant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Risques de fugue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déambulation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Risques de chute	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déambulateur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			