

Date de demande

Dossier d'Inscription Accueil de Jour

« Maison Alain Lartigue »

DONNEES ADMINISTRATIVES

NOM _____ PRENOM : _____

Nom de jeune fille _____

Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à : _____ (Dépt : ____)

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

N° de téléphone _____

& Les journées de fréquentation souhaitées de l'Accueil de Jour sont :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

& Bénéficiaire transport :

Lundi	<input type="checkbox"/>	Mardi	<input type="checkbox"/>	Mercredi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	Vendredi	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire-vous :

De l'APA oui non Groupe Iso Ressource (si connu) : ____

(Copie du dernier plan d'aide)

D'une Tutelle oui non D'une Curatelle oui non

Nom : _____ Organisme : _____

Adresse : _____ N° de téléphone : _____

⚡ - **Caisses de retraite/Etats annuels des pensions (A fournir)**

Ressources annuelles (joindre avis d'imposition ou de non imposition)

⚡ - **Situation Familiale et Actuelle :**

Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e), Divorcé(e) Célibataire Autres

⚡ - **Lieu de vie**

A son domicile Autre, préciser _____

⚡ - **Conditions habituelles de vie au domicile**

Seul Avec le conjoint Autres, préciser _____

⚡ - **Type d'habitat**

Maison individuelle Appartement Autres, préciser : _____

AIDANT PRINCIPAL

Nom : _____ **Prénom :** _____
Lien : _____

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Tél : **Port :**

INTERVENANTS A DOMICILE

INTERVENANTS	TYPES D'AIDE	JOURS	HORAIRES
Infirmières			
Aides Soignantes (SSIAD)			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Aides Ménagères			
Auxiliaire de Vie			

DONNEES MEDICALES

Nom de l'assuré : _____

N° de sécurité sociale _____

Caisse :

(Photocopie attestation carte vitale)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

☀ Généralités :

Nom du Médecin Traitant :

Son n° de téléphone : _____

Antécédents Médicaux	Antécédents Chirurgicaux

Traitement en cours :
(Joindre dernière ordonnance)

 **Pathologies actuelles :**

-
-
-

*** Pathologie spécifique :**

Maladie Alzheimer - date du diagnostic : _____

Maladie Apparentée, à préciser : _____
- date du diagnostic : _____

Traitement spécifique :

Evolution :

Médecin spécialiste :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de la dernière consultation : _____

Date de la prochaine consultation : _____

FICHE D'AUTONOMIE (mettre des croix)

Troubles visuels Non peu invalidant très invalidants appareillés
Troubles auditifs Non peu invalidant très invalidants appareillés
Appareils dentaires Non Oui

	Autonome	Aide partielle ou incitation	Aide totale	Remarques
Toilette				
Habillage				
Alimentation				Régime : Texture : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> Mixé
Prise des médicaments				
Élimination urinaire				<input type="checkbox"/> Incontinence récente <input checked="" type="checkbox"/> Incontinence ancienne <input type="checkbox"/> épisodique <input type="checkbox"/> mictions programmées <input type="checkbox"/> permanente
Élimination fécale				
Transfert				<input type="checkbox"/> Avec l'aide d'une personne
Déplacements				<input type="checkbox"/> Avec canne <input type="checkbox"/> Avec déambulateur <input type="checkbox"/> Avec fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Chutes fréquentes
Orientation dans l'espace/le temps	Normal	Tr. épisodiques	Tr. permanents	
Comportement				
Soins particuliers A préciser				

DOSSIER ALZHEIMER

(Reste à réaliser)

Rappel des documents nécessaires à la constitution du dossier :

- Copie de l'attestation de la carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Attestation de responsabilité civile
- Etat annuel des pensions des caisses de retraite
- Avis d'imposition ou de non imposition
- Copie du plan d'aide à domicile de l'Aide Personnalisée à l'autonomie (APA)
- Copie du jugement de décision de protection juridique s'il y a lieu
- Joindre dernière ordonnance