

Vous souhaitez faire une demande de prise en charge à L'ACCUEIL DE JOUR de l'EHPAD La casa assolellada à CERET.

Merci de bien vouloir remplir le **volet administratif**

Faire remplir par le médecin traitant le **volet médical**. Il sera mis sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur et l'ordonnance en cours sera également jointe.

Et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille ou de la carte d'identité
- Attestation de responsabilité civile

Et si nécessaire :

- Copie de jugement de tutelle ou curatelle
- Copie de notification APA à domicile
- Copie du plan d'aide APA à domicile

NB : Le dossier sera examiné si toutes les pièces nécessaires sont fournies

à **EHPAD la Casa Assolellada**
1, Chemin San Pluget
66400 CERET

VOLET ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Situation familiale¹ :

Célibataire Vie maritale Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

NOM Prénom du conjoint :

Est-il (elle) sous un régime de protection juridique² :

Oui Non En cours

Si oui laquelle ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Autre :

¹ Joindre photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou carte d'identité

² Joindre s'il y a lieu, une photocopie du jugement

Nombre d'enfants :

NOM Prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2	E-mail

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

Vous bénéficiez de l'APA à domicile : Oui³ Non

PERSONNES A PREVENIR

1. NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Téléphone du domicile : Portable :

Téléphone du travail :

2. NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

³ Joindre une copie de la notification d'attribution et du plan d'aide

.....
Téléphone du domicile : Portable :
Téléphone du travail :

MEDECIN TRAITANT

NOM :Prénom :
Téléphone :
Adresse :
.....

SOINS A DOMICILE

Avez-vous une infirmière à domicile : Oui Non

NOM :Prénom :

Téléphone :

Adresse :
.....

Bénéficiez-vous du SSIAD ? : Oui Non

Bénéficiez-vous de l'ESA ? : Oui Non

Bénéficiez-vous d'un Service d'Aide à domicile ? Oui Non

Lequel :

HISTOIRE DE VIE

Ancienne profession :

Evènement marquants de la vie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HABITUDES DE VIE

Goûts culinaires :

.....

Dégoûts culinaires :

.....

.....

Loisirs :

.....

.....

Passions :

.....

.....

Autres :

.....

.....

.....

Actuellement vous vivez :

- Seule
- Avec votre conjoint
- Chez votre famille

En institution, laquelle :

Autre :

Avez-vous l'habitude de faire la sieste : oui non

Quelles sont vos habitudes particulières pour aller aux toilettes ou à quelle fréquence s'effectuent vos changes en cas d'incontinence (à préciser si il y a lieu) :

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

Le futur usager se déplace-t-il en fauteuil roulant : Oui Non

Autres (à préciser) :

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

TYPE DE PRISE EN CHARGE DEMANDEE

Vous souhaitez être pris en charge en Accueil de jour (hors dimanche, jours fériés) de 10h00 à 16h30.

Nombre de jours par semaine souhaités :

Le lundi Le mardi Le mercredi Le jeudi Le vendredi

Transport organisé par l'EHPAD : Oui Non

Date de début de prise en charge souhaitée :/...../.....

TARIFS 2020

29 € / jour (repas et transport compris)

Fait à, le
(date et lieu précédés de la mention lu et approuvé)

Signature de la personne accueillie
(ou de son représentant légal)

Le directeur de l'EHPAD

Jean-Claude CHALANCON

VOLET MEDICAL⁴

Date de l'évaluation : / /

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Motif de la demande :

PATHOLOGIES ACTUELLES

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

ANTECEDENTS

Médicaux :
.....
.....
.....

Chirurgicaux :
.....

⁴ A faire remplir impérativement par le médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel à l'attention de Médecin Coordonnateur

.....
.....

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- Idées délirantes : Oui Non
- Hallucinations : Oui Non
- Agitation, agressivité (cris, ...) : Oui Non
- Dépression : Oui Non
- Anxiété : Oui Non
- Apathie : Oui Non
- Désinhibition : Oui Non
- Comportement moteur aberrant (déambulation pathologique, ...) :
 Oui Non

TRAITEMENTS EN COURS

Joindre la dernière prescription

Homéopathie : Oui Non

Commentaires et recommandations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIE(S) (dont médicamenteuses)

Oui Non

.....

.....

VACCINATIONS

Grippe Date : / /

Tétanos Date : / /

Autres Date : / /

CONDUITES A RISQUES

Alcool : Oui Non

Tabac : Oui Non

Fugue : Oui Non

Autres :

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Soins : Oui Non

Localisation :

Durée du soin :

Type de pansement :

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

Oui Non Ne sait pas

Préciser (germe identifié, localisation, ...) :

.....

AUTONOMIE / DEPENDANCE

Fonctions sensorielles / communication

Cécité : Oui Non

Surdité : Oui Non

Difficulté d'élocution : Oui Non

Langue parlée :

Langue comprise :

Risque de chutes : Oui Non

Risques de fausse route : Oui Non

Rééducation :

Kinésithérapie : Oui Non

Orthophonie : Oui Non

Autres (à préciser) :

APPAREILLAGES

Fauteuil roulant : Oui Non

Déambulateur : Oui Non

Orthèse : Oui Non

Prothèse : Oui Non

Pacemaker : Oui Non

Autres (préciser) :

REGIME ALIMENTAIRE

Diabétique

Sans sel

Hypocalorique

Hyper protéiné

Texture adaptée de type : Mixée Hachée Normale

GRILLE AGGIR

A : Fait seul, totalement, correctement

B : Fait partiellement

C : Ne fait pas

		A	B	C
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles cognitifs : Oui Non

MEDECIN TRAITANT

NOM/Prénom :

Commune :

Numéro de téléphone :

Mail :

Date :

NOM et fonction du médecin qui a renseigné le dossier si différent du médecin traitant :.....
.....
.....

Signature :