

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



RESIDENCE DE LA HAUTE PORTE  
ACCUEIL DE JOUR  
61, Rue de Guizelin  
62340 – GUÎNES

☎ 03.21.46.41.41

📠 03.21.46.41.10

E-mail :

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

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Demande d'admission en accueil de jour :

- |                                   |                                  |    |  |    |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|----|--|----|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi    | <input type="checkbox"/> journée | ou | <input type="checkbox"/> matinée et déjeuner | ou | <input type="checkbox"/> après-midi et collation |
| <input type="checkbox"/> Mardi    | <input type="checkbox"/> journée | ou | <input type="checkbox"/> matinée et déjeuner | ou | <input type="checkbox"/> après-midi et collation |
| <input type="checkbox"/> Mercredi | <input type="checkbox"/> journée | ou | <input type="checkbox"/> matinée et déjeuner | ou | <input type="checkbox"/> après-midi et collation |
| <input type="checkbox"/> Jeudi    | <input type="checkbox"/> journée | ou | <input type="checkbox"/> matinée et déjeuner | ou | <input type="checkbox"/> après-midi et collation |
| <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> journée | ou | <input type="checkbox"/> matinée et déjeuner | ou | <input type="checkbox"/> après-midi et collation |

Transport assuré :  par vos soins  
 par l'établissement sous réserve des disponibilités du prestataire conventionné.

*☞ Cocher les cases selon les besoins*

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse actuelle : n°..... appt ..... Rue .....

Code postal : ..... Localité : .....  : .....

Situation familiale actuelle : .....

Profession exercée : .....

Lieu d'hébergement actuel :

• domicile  • chez un enfant  • famille d'accueil  • résidence locative

Demande d'entrée personnelle : • oui  • non  • si non, qui a fait la demande :

Nom et prénom : .....

Adresse actuelle : n°..... appt ..... Rue .....

Code postal : ..... Localité : .....  : .....

Lien de parenté : .....

Préciser le motif de la demande : .....


<b>Bénéficiez-vous de l'APA</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, numéro de dossier :
<b>Quel est le GIR</b>	GIR1 <input type="checkbox"/> GIR2 <input type="checkbox"/> GIR3 <input type="checkbox"/> GIR4 <input type="checkbox"/> GIR5 <input type="checkbox"/> GIR6 <input type="checkbox"/>
<b>Caisse d'Assurance Maladie</b>	Intitulé : ..... Adresse : ..... N° de Sécurité Sociale : .....
<b>Mutuelle</b>	Intitulé : ..... Adresse : ..... N° d'adhérent : .....
<b>Assurance Dépendance</b>	Organisme :

Prise en charge 100% : • oui  • non

Une demande d'aide sociale va être faite : • oui  • non

Nom - Prénom du conjoint : .....


Adresse: n°..... apt ..... Rue .....

Code postal : ..... Localité : .....  : .....

Décédé(e) : • oui  • non  • Date et lieu du décès : .....

 **Composition de la famille :**

Enfant (s) : • oui  • non  • nombre d'enfants : .....

Nom - Prénom	Age	Adresse	

**☞ Référent :**

Nom - Prénom: .....

Adresse: n°..... appt ..... Rue .....

Code postal : ..... Localité : ..... ☎ : .....

Famille : • oui  • non  • autre (s) cas : .....

☞ Protection juridique : • oui  • non

(en cas de tutelle ou de curatelle, joindre une copie du jugement du tribunal)

**☞ Autre(s) personnes à prévenir en cas de besoin :**

Nom - Prénom: .....

Adresse: n°..... appt ..... Rue .....

Code postal : ..... Localité : ..... ☎ : .....

**☞ Vos intervenants habituels :**

	Nom	Adresse	☎
Médecin traitant			
Infirmière			
Orthophoniste			
Ambulancier			

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

### **PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT** **et à remettre sous pli confidentiel**

Nom du médecin : .....

Nom et prénom de la personne accueillie : .....

Date de naissance : .....

Taille : .....

Poids : .....

Motif de la demande : .....  
.....  
.....

#### **Antécédents pathologiques :**

① - Médicaux :

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

② - Chirurgicaux :

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

#### **Maladie (s) actuelle (s) :**

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

#### **Traitement en cours :**

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

- |                                  |                                   |   |                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| ➤ hygiène corporelle :           | autonome <input type="checkbox"/> | aide partielle <input type="checkbox"/> | aide totale <input type="checkbox"/> |
| ➤ habillage :                    | autonome <input type="checkbox"/> | aide partielle <input type="checkbox"/> | aide totale <input type="checkbox"/> |
| ➤ alimentation :                 | autonome <input type="checkbox"/> | aide partielle <input type="checkbox"/> | aide totale <input type="checkbox"/> |
| ➤ risque de « fausses routes » : |                                   | oui <input type="checkbox"/>            | non <input type="checkbox"/>         |
| ➤ sonde naso-gastrique :         |                                   | oui <input type="checkbox"/>            | non <input type="checkbox"/>         |

- élimination : autonome  à stimuler, contrôler
- incontinence : urinaire  de jour  de nuit   
fécale  de jour  de nuit
- sonde urinaire : oui  non
- les transferts :
- lit / fauteuil de repos : autonome  aide partielle  aide totale
  - assis/debout : autonome  aide partielle  aide totale
- les déplacements intérieurs : autonome  aide partielle  aide totale
- déambulation spontanée : oui  non
- risque de « fugues » : oui  non
- cohérence : correcte  altérée  absente
- orientation : correcte  altérée  absente
- comportement : passif  calme  opposant  agité  agressif
- sommeil : calme  agité
- sieste : oui  non
- vision / audition :
- déficience auditive : oui  non  appareillage
  - déficience visuelle : oui  non  lunettes

### GRILLE DE DEPENDANCE AGGIR

A = fait seul, totalement, habituellement

B = fait partiellement seul

C = ne fait pas

	A ou B ou C
<b>COHERENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
<b>TOILETTE</b> : assure son hygiène corporelle	
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
<b>ALIMENTATION</b> : se servir et manger les aliments préparés	
<b>ELIMINATION</b> urinaire et fécale : assurer l'hygiène et l'élimination fécale et urinaire	
<b>TRANSFERTS</b>	
<b>DEPLACEMENT INTERIEUR</b>	
<b>DEPLACEMENT EXTERIEUR</b>	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	
Cette personne se trouve dans le groupe	

Signature et cachet du médecin

### **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je soussigné(e), Monsieur / Madame ....., responsable légal  
accepte que Monsieur / Madame .....  
soit hospitalisé(e) au : Centre Hospitalier de Calais  ou autre (à spécifier, ex : clinique)   
s'il y a une notion d'urgence.

Fait, le  
à  
Signature

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

Je soussigné(e), Monsieur / Madame ....., responsable légal  
m'engage à payer les frais d'accueil de jour de Monsieur / Madame .....  
à la Résidence de la Haute Porte de Guînes

Fait, le  
à  
Signature

### **DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e), Monsieur / Madame ....., responsable légal

Autorise

Refuse

la prise de photos, l'affichage, et diffusion dans les journaux locaux de M.....

Fait, le  
à  
Signature :

### **AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e), Monsieur / Madame ....., responsable légal  
accepte que Monsieur / Madame .....  
participe aux sorties organisées par l'Accueil de jour.

Fait, le  
à  
Signature