

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

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 :


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

➤ habillage : autonome aide partielle aide totale

➤ alimentation : autonome aide partielle aide totale

➤ risque de « fausses routes » : oui non

➤ sonde naso-gastrique : oui non

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