

Merci de remplir ce dossier et de le signer accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie de la carte nationale d'identité
- Une photocopie du **livret de famille** COMPLET
- Une photocopie de l'**attestation de la Sécurité Sociale** et Carte Vitale
- Une photocopie de votre **Carte de Mutuelle**
- Une photocopie de votre **avis d'imposition** ou de **non imposition**
- Un certificat médical de votre médecin traitant

Le dossier complet est à retourner ou à déposer à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Chagny

Service des Admissions

16, rue de la Boutière — 71150 CHAGNY

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier déposé le : ____/____/20

Dossier réputé complet le : ____/____/20

Dossier validé le : ____/____/20

Le Responsable des Admissions

Signature

DEMANDE EN ACCUEIL DE JOUR : AVIS DU SERVICE RENDU LE ____/____/20

Admissibilité Non Admissibilité

En cas de non admissibilité, détailler le motif du refus :

Si admissible, entrée prévue le ____/____/20

Fréquentation : Lundi Mardi Mercredi Jeudi vendredi

Le cadre de Santé, **Julie MULLER**

Signature

FENR SEJ 024 version 4



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION - ACCUEIL DE JOUR

IDENTITE DU DEPOSANT	NOM : _____ Prénom : _____
	Nom de jeune fille : _____
	Né(e) le : ____/____/____ à : _____ [DEPARTEMENT : _____]
	Situation : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié (e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e)
	Adresse : _____
	Code postal : _____ Ville : _____
	Téléphone : _____
Domicilié(e) actuellement à (si différent de l'adresse) : _____	
_____ Code postal : _____ Ville : _____	
REFERENT DU DEPOSANT <small>(qui pourra être différent de la personne de confiance)</small>	NOM : _____ Prénom : _____
	Adresse : _____
	Code postal : _____ Ville : _____
	Téléphone : _____ Portable : _____
	Lien de parenté : _____
PROTECTION JURIDIQUE DU DEPOSANT	Bénéficiez-vous d'une protection juridique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui, s'agit-il de :
	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Mandataire Spéciale <input type="checkbox"/> Sauvegarde justice <input type="checkbox"/> autre : _____
	Si non, avez-vous déposé une demande de protection juridique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
FREQUENCE SOUHAITE	L'accueil de jour est ouvert du lundi au vendredi.
	Vous pensez fréquenter l'accueil de jour (vous pouvez cocher plusieurs jours) :
	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi

VOS PROCHES

(noter en premier le référent ou le représentant légal)

1. NOM : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

2. NOM : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

3. NOM : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

4. NOM : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

5. NOM : _____ Lien de parenté : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

Votre couverture sociale

SÉCURITÉ SOCIALE	Caisse Gestionnaire	N° immatriculation	Validité
	_____	_____ clé _____	Taux : <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100%

MUTUELLE	Caisse Gestionnaire	N° adhérent	Validité
	_____	_____	Date de fin : _____

Vos ressources mensuelles

PENSION PRINCIPALE	Caisse Gestionnaire	Montant mensuel
	Nom : _____ Adresse : _____	_____ €

PENSION COMPLÉMENTAIRE	Caisse Gestionnaire	Montant mensuel
	Nom : _____	_____ €
	Adresse : _____	
	Nom : _____	_____ €
	Adresse : _____	
Nom : _____	_____ €	
Adresse : _____		

AUTRES REVENUS / RENTES	Identification	Montant mensuel
	Libellé : _____	_____ €
	Libellé : _____	_____ €
	Libellé : _____	_____ €
	Libellé : _____	_____ €

TOTAL REVENU MENSUEL	_____ €
-----------------------------	---------

Fait à _____ le ____ / ____ /20

Signature du déposant : _____ Signature du représentant légal : _____

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES,
 VOUS POUVEZ JOINDRE LE SERVICE DES ADMISSIONS
 ☎ 03 85 46 81 81**

Légende : A = fait seul totalement, habituellement correctement – B = fait partiellement – C = ne fait pas			A	B	C	
AUTONOMIE	MENTAL	Cohérence et orientation	Conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CORPOREL	Toilette	Haut : assurer son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Habillage	Haut (s'habiller, se déshabiller, se présenter)	<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 des aliments préparés	<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"/>		
DEPLACEMENT	Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Déambulation	A l'intérieur : sans canne, sans déambulateur, avec déambulateur ou fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A l'extérieur : à partir de la porte d'entrée et sans moyen de transport		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Communication	Utiliser la sonnette ou le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PRISE EN CHARGE		Description
SOINS	Par l'infirmière	
	Par l'aide soignante	
REEDUCATION	Kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute...	
AIDE A DOMICILE	Auxiliaire de vie sociale, aide à domicile	

MODE DE VIE ACTUEL, ATTENTES / MOTIVATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN ACCUEIL DE JOUR

Depuis quelle date le signataire est le médecin traitant de la personne concernée? _____

Pour une prise en charge en Accueil de jour, joindre obligatoirement une copie du dernier compte-rendu neurologique ou du diagnostic « consultation mémoire ».

Fait à _____ le ____/____/____

Signature et cachet du médecin traitant

Le questionnaire médical

IDENTITE DU DEPOSANT

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ à : _____ [DEPARTEMENT : _____]

Situation : célibataire marié (e) veuf(ve) divorcé(e) pacsé(e)

Téléphone : _____

Domicilié(e) actuellement à : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nombre d'enfants : Fils _____ Fille : _____

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Prénom : _____

adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL

VACCINATIONS

TETANOS date de la dernière vaccination : ____/____/____

GRIPPE date de la dernière vaccination : ____/____/____

PNEUMOCOQUE date de la dernière vaccination : ____/____/____

AUTRES : _____ date de la dernière vaccination : ____/____/____

ETAT PSYCHIQUE	Légende : A = absence – L = léger – I = important – M = Majeur				
	Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Oui	Non		
	Déambulation / fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Délires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maladies : ① maladie d'Alzheimer / ② maladie neurologique / ③ maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Précisez le type de maladie : _____					
Résultat MMS : _____/30 Date : ____/____/____					

ETAT PHYSIQUE	SYSTEME NERVEUX : <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre et chutes <input type="checkbox"/> Syndromes extra-pyramidaux <input type="checkbox"/> Comitialité <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique <input type="checkbox"/> Affection du système nerveux central <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> AVC date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Artérites des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie thrombo-ambolique <input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique <input type="checkbox"/> hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque date : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Maladie veineuse chronique <input type="checkbox"/> Valvulopathie <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL RESPIRATOIRE : <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Cancer : _____ <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Tuberculose récente <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL URINAIRE : <input type="checkbox"/> Pathologie haut appareil <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Affection vésico-prostatique <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL DIGESTIF : <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique ou duodéal <input type="checkbox"/> Hernie, éventration <input type="checkbox"/> Hernie hiatale, RGO <input type="checkbox"/> Incontinence anale <input type="checkbox"/> Lithiase biliaire <input type="checkbox"/> Colopathie <input type="checkbox"/> trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL LOCOMOTEUR : <input type="checkbox"/> Arthrose symptomatique : <input type="radio"/> hanches <input type="radio"/> genoux <input type="radio"/> épaules <input type="checkbox"/> Déformation rachidienne <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Prothèses <input type="checkbox"/> Pathologies des pieds <input type="checkbox"/> Autres : _____

ETAT PHYSIQUE (suite)	HEMATOLOGIE : <input type="checkbox"/> Affection caractérisée : _____
	DERMATOLOGIE : <input type="checkbox"/> Escarres localisation : _____ <input type="checkbox"/> Ulcères <input type="checkbox"/> Autres : _____
	APPAREIL GENITAL : <input type="checkbox"/> Néoplasie utérine <input type="checkbox"/> Prolapsus <input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Pathologie de la ménopause <input type="checkbox"/> Autres : _____
	METABOLISME, ENDOCRINOLOGIE : <input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant <input type="checkbox"/> Diabète non insulino-dépendant <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie <input type="checkbox"/> Autres : _____
	OPHTALMOLOGIE : <input type="checkbox"/> Maladie(s) de la rétine <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Autres : _____
	AUDITION : <input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Prothèses
	APPAREIL LOCOMOTEUR : <input type="checkbox"/> Arthrose symptomatique : <input type="radio"/> hanches <input type="radio"/> genoux <input type="radio"/> épaules <input type="checkbox"/> Déformation rachidienne <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Prothèses <input type="checkbox"/> Pathologies des pieds <input type="checkbox"/> Autres : _____
	AUTRE(S) ANTECEDENT(S) IMPORTANT(S), ALLERGIES <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>