

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



# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION - ACCUEIL DE JOUR

## 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, **Christelle ABRY**

Signature

### IDENTITE DU DEPOSANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ [DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_]

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) actuellement à (si différent de l'adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### REFERENT DU DEPOSANT (qui pourra être différent de la personne de confiance)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### PROTECTION JURIDIQUE DU DEPOSANT

Bénéficiez-vous d'une protection juridique :  OUI     NON

Si oui, s'agit-il de :

Tutelle     Curatelle     Mandataire Spéciale     Sauvegarde justice     autre : \_\_\_\_\_

Si non, avez-vous déposé une demande de protection juridique :  OUI     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) :

- lundi
- mardi
- mercredi
- jeudi
- 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 : _____<br>Adresse : _____ | _____ €         |

| PENSION COMPLEMENTAIRE | Caisse Gestionnaire            | Montant mensuel |
|------------------------|--------------------------------|-----------------|
|                        | Nom : _____                    | _____ €         |
|                        | Adresse : _____                | _____ €         |
|                        | Nom : _____                    | _____ €         |
|                        | Adresse : _____                | _____ €         |
|                        | Nom : _____<br>Adresse : _____ | _____ €         |

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

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| <b>TOTAL REVENU MENSUEL</b> | _____ € |
|-----------------------------|---------|

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

Signature du déposant : \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES,  
 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"/> |                          |
|  | DEPLACEMENT   | Elimination  | Urinaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fécale   |               |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 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 L'ENTREE EN EHPAD OU 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |  |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>ETAT PSYCHIQUE</b>   | 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"/> |
|   |  | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |                          |                          |
|   | 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 : ____/____/____                                  |  |                          |                          |                          |                          |

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

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