



CENTRE
HOSPITALIER
DE GRAND
FOUGERAY

**DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION EN ACCUEIL DE JOUR POUR
LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER
OU DE TROUBLES APPARENTES**

Version n°1 du 13/08/2014

Centre Hospitalier

Accueil de Jour

29, rue Saint Roch - BP 25

35390 Grand-Fougeray



02.99.08.30.30



02.99.08.30.55

Ligne directe : 02.99.08.80.80

Adresse e-mail : accueildejour@ch-grandfougeray.fr

Site Internet : <http://www.hopital-gfougeray.com>

VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'INSCRIPTION POUR UNE PRISE EN CHARGE A L'ACCUEIL DE JOUR DE GRAND- FOUGERAY

Merci de bien vouloir remplir

- ✓ Le dossier administratif (renseignements)

Faire remplir par le médecin traitant :

- ✓ Le dossier médical comprenant :
 - Le dossier médical
 - La grille AGGIR dûment complétée et signée
 - La dernière ordonnance

↳ *IMPORTANT : le volet médical doit être mis sous plis confidentiel*

Et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants.

- Copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- Copie de la carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle
- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition
- Attestation de responsabilité civile
- Photo d'identité

Et si nécessaire :

- Copie du jugement de tutelle ou curatelle

↳ *IMPORTANT : Le dossier sera examiné si toutes les pièces nécessaires sont fournies*



Date :

PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : Prénom(s) :
Nom d'Usage : Nom de jeune de fille : Sexe :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Consentement : oui non indécise non-informée

AIDANT PRINCIPAL

Nom : Prénom :
Lien avec l'Accueilli(e) :
Adresse
.....
.....
Téléphone : Portable :
E-mail :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
.....
Téléphone :
E-mail :

SOINS À DOMICILE

Nom.....
Fréquence : Horaires :

HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : Lieu de naissance :
Situation familiale : Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Concubinage Célibataire

Nombre d'enfants :

- Nom et prénom : Tel : Mail :
- Nom et prénom : Tel : Mail :
- Nom et prénom : Tel : Mail :
- Nom et prénom : Tel : Mail :

Frères, sœurs, neveux, etc. (nom, prénom, lieu de résidence) :

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

Profession ancienne :

Religion :

Anciens loisirs :

- Activités sportives et de plein air :.....
- Activités ludiques :.....
- Activités manuelles et artistiques :.....
- Activités culturelles :.....
- Activités sociales :.....

Animal de compagnie :

Evènements marquants (positifs et négatifs, date) :

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

HABITUDES ALIMENTAIRES

▪ Nécessité d'aide à l'alimentation : Oui Non

▪ Boissons :

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> thé | <input type="checkbox"/> avec sucre | <input type="checkbox"/> sans sucre | <input type="checkbox"/> eau gazeuse | <input type="checkbox"/> jus de fruits |
| <input type="checkbox"/> café | <input type="checkbox"/> avec sucre | <input type="checkbox"/> sans sucre | <input type="checkbox"/> vin | |
| <input type="checkbox"/> chocolat | <input type="checkbox"/> café au lait | | <input type="checkbox"/> tisane | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | | |

▪ Aliments :

Aliments particulièrement appréciés.....

Aliments particulièrement non appréciés.....

Collation : oui non Heure :

Quantité : beaucoup en adéquation peu

Consistance : normale coupé coupé fin
 haché mixé semi-liquide

▪ Régime particulier :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> aucun | <input type="checkbox"/> diabétique | <input type="checkbox"/> sans résidu |
| <input type="checkbox"/> crème HP | <input type="checkbox"/> sans graisse | <input type="checkbox"/> sans sel |
| <input type="checkbox"/> sans alcool | <input type="checkbox"/> hypocalorique | <input type="checkbox"/> Épargne intestinale |

VIE QUOTIDIENNE

▪ Toilette du visage :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> incitation verbale | <input type="checkbox"/> ne fait pas |
| <input type="checkbox"/> aide gestuelle | <input type="checkbox"/> mimétisme | |
| <input type="checkbox"/> aide technique | <input type="checkbox"/> avec présence | |

▪ Toilette du corps :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> incitation verbale | <input type="checkbox"/> ne fait pas |
| <input type="checkbox"/> aide gestuelle | <input type="checkbox"/> mimétisme | |
| <input type="checkbox"/> aide technique | <input type="checkbox"/> avec présence | |

▪ Habillage :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> incitation verbale | <input type="checkbox"/> ne fait pas |
| <input type="checkbox"/> aide gestuelle | <input type="checkbox"/> mimétisme | |
| <input type="checkbox"/> aide technique | <input type="checkbox"/> avec présence | |

▪ Choix des vêtements :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> avec présence |
| <input type="checkbox"/> incitation verbale | <input type="checkbox"/> ne fait pas |

▪ Déshabillage :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> incitation verbale | <input type="checkbox"/> ne fait pas |
| <input type="checkbox"/> aide gestuelle | <input type="checkbox"/> mimétisme | |
| <input type="checkbox"/> aide technique | <input type="checkbox"/> avec présence | |

▪ Participation au domicile (tâche ménagère, cuisine, jardin ect..) :

.....
.....

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

CAPACITES SENSO-MOTRICES

- Vision : bonne mauvaise non-voyant lunettes

- Audition : bonne mauvaise assez bonne surdité appareillage

- Mobilité :
Moyen de locomotion :
 aucun avec un déambulateur en fauteuil roulant
 avec 2 cannes avec 1 canne
 avec 2 tiers avec 1 tiers

- Lieu de déplacement :*
   l'intérieur à l'extérieur en ville seul accompagné
 au supermarché

- Port de prothèses dentaires : oui non haut bas
- Port de protections : oui non Si oui, quel type
- Fréquence des changes :
- Accompagnement aux WC : oui non

CAPACITES COGNITIVES

- Repérage dans le temps (Date, heure, rendez-vous):.....
.....
.....
.....

- Repérage dans l'espace (Orientation au domicile, l'extérieur...):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Autonomie psychique (Capacité à décider, prendre un choix, initiative...) :
.....
.....
.....
.....

HUMEUR / COMPORTEMENT

▪ Communication :

- Expression : bonne difficulté d'élocution mutisme
Cohérence : bonne partiellement mauvaise
Orientation temporelle : bonne partiellement mauvaise
Orientation spatiale : bonne partiellement mauvaise

▪ Humeur :

- anxiété euphorie idées suicidaires
 dépression apathie mélancolie
 tristesse irritabilité euphorie

▪ Niveau de sociabilité : bon moyen repli sur soi

▪ Vie en groupe :

- appréciée difficile contacts superficiels
 vie solitaire contacts approfondi

▪ Besoin de sollicitation : • oui non • parfois

ACTIVITES ET LOISIRS

▪ Activités/centres d'intérêts :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Broderie |
| <input type="checkbox"/> Cinéma | <input type="checkbox"/> Jardinage | <input type="checkbox"/> Couture |
| <input type="checkbox"/> Théâtre | <input type="checkbox"/> Arts plastiques | <input type="checkbox"/> Tricot |
| <input type="checkbox"/> Expositions | <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Musique | <input type="checkbox"/> Mots croisés | <input type="checkbox"/> Sport |
| <input type="checkbox"/> Bricolage | <input type="checkbox"/> Cuisine | |

Autres :

(Merci de préciser pour chaque item choisi) :

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

▪ Sieste : oui non Horaires :

▪ Emission particulière à la télévision : non oui Laquelle ?.....

▪ Promenade :

•Tous les jours De temps en temps •Parfois •Jamais

ADMINISTRATIFS

- Autres précisions personnelles.....

.....

Fait à

le ____/____/_____.

Je soussignée Mme, Mlle, Mr

Né(e) le/...../.....à

Domicilié(e)

Déclare avoir :

- Rédigé ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés
- Rédigé ce document en tant que personne de confiance, nommée par Mme, Mlle, Mr pour l'accompagner dans ses démarches.

Coordonnées de la personne de confiance :

Mme, Mlle, Mr

Demeurant :

Téléphone :

Signature de la personne de Confiance

Signature du résident