



## Unité d'Accueil de Jour Sainte-Anne Fiche de renseignements administratifs et personnels

Document à remplir préalablement à toute demande de prise en charge dans le cadre de l'Accueil de jour.

### Personne candidate à l'Accueil de jour :

Mr - Mme \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_

N° de SS : \_\_\_\_\_/\_\_\_

Régime social : \_\_\_\_\_

### Nom et adresse du référent de la personne candidate à l'Accueil de jour :

Mme - Mlle - Mr \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

Téléphone : bureau \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dom \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Port. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Lien avec la personne candidate à l'Accueil de Jour : \_\_\_\_\_

### APA (Allocation personnalisée d'autonomie)

oui  non

GIR attribué 1  2  3  4  5  6

Mesure de protection judiciaire : oui  laquelle \_\_\_\_\_ non

Si oui, nom et coordonnées du tuteur \_\_\_\_\_

### Situation au domicile :

Vit seul(e)  Avec conjoint  Avec enfants

Autre  à préciser : \_\_\_\_\_

### Coordonnées d'un membre de la famille ou aidant à alerter :

En premier lieu : coordonnées : \_\_\_\_\_

A défaut : \_\_\_\_\_

### Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Dr : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Principaux renseignements et antécédents médicaux / chirurgicaux :

Moyen de transport pour se rendre à l'Accueil de Jour :

Famille                      oui                       non   
Transporteur                oui                       non

Nom et coordonnées : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à contacter lorsque le transport n'est pas assuré à l'heure prévue : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile de la personne accueillie (assurance prenant en charge les hypothétiques sinistres envers autrui au sein de notre établissement) :

Oui                       Non

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

**Cette assurance est obligatoire pour intégrer l'Accueil de jour, une attestation d'assurance devra être fournie.**

**Ce questionnaire a été rempli par :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien familial : \_\_\_\_\_

Date et signature :

Nom :

Prénom :



**Grille d'évaluation de la perte d'autonomie**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectués ou non par la personne ; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèse auditives).

			A	B	C
1	<b>Cohérence</b>	Converser et/ou se comporter de manière sensée			
2	<b>Orientation</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
3	<b>Toilette</b>	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		Bas : membres inférieurs, régions intimes			
4	<b>Habillage</b>	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête			
		Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceinture, bas, chaussures			
		Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
5	<b>Alimentation</b>	Se servir			
		Manger les aliments préparés			
6	<b>Élimination</b>	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
7	<b>Transferts</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir			
8	<b>Déplacements à l'intérieur</b>	Avec ou sans cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc. <sup>1</sup>			
9	<b>Chutes</b>	La personne ci-dessus désignée chute rarement (cocher ci-contre la lettre <b>A</b> )			
		La personne ci-dessus désignée chute relativement souvent (cochez ci-contre la lettre <b>B</b> )			
		La personne ci-dessus désignée chute très souvent (cochez ci-contre la lettre <b>C</b> )			

**A** : fait seul (e), totalement, habituellement, correctement ; **B** : fait partiellement ; **C** : ne fait pas.

<sup>1</sup> rayer la mention inutile

**Conclusion et observation éventuelles :**

**Date, Cachet, et Signature du médecin**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_



## Attestation Médicale

### Médecin traitant

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_, certifie que  
Mme, Mr \_\_\_\_\_, âgé(e) de \_\_\_\_\_ ans ne  
présente aucune contre-indication à la vie en collectivité et peut participer aux activités  
proposées par l'accueil de jour.

Date, Signature et Cachet du Médecin

### Renseignements médicaux

- Antécédents médicaux :
- Antécédents chirurgicaux :

### Troubles cognitifs

- |                             |     |                          |     |                          |
|-----------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - Troubles mnésiques        | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| - Troubles de l'orientation | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| - Troubles de la cohérence  | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| - Troubles du comportement  | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
- Agressivité     risque de fugue     Opposition
- Suivi spécialisé organisé par le Dr \_\_\_\_\_  
(Joindre une photocopie de la dernière consultation (lettre))

### Traitement actuel : (fournir une copie de l'ordonnance)

---

---

---

### Incontinence :

- |                      |                          |                       |                          |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| - Urinaire partielle | <input type="checkbox"/> | - urinaire permanente | <input type="checkbox"/> |
| - Fécale             | <input type="checkbox"/> | - protection :        | <input type="checkbox"/> |

### Alimentation :

- Régime alimentaire :    oui     non   
Si oui lequel \_\_\_\_\_

Texture :    Normale     Hachée     Mixée

Nom :

Prénom :

## Livre de vie

Date du recueil : \_\_\_\_\_

### RECUEIL DES DONNEES CONCERNANT LA PERSONNE

Nom de la personne accueillie : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Lieu de vie actuel (ville) : \_\_\_\_\_

Lieux de vie antérieurs : \_\_\_\_\_

Référent familial : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ tél. port : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

### Enfance (Relation parents / Scolarité)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vie familiale (mariage, séparations, enfants, décès, liens familiaux, etc...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Activités professionnelles antérieures

\_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

---

---

---

---

Évènements de vie marquants

---

---

---

---

Vie spirituelles

Pratiquante :            Oui     Non

Laquelle : \_\_\_\_\_

Centre d'intérêts ( activités antérieures ou encore pratiquées au domicile / exemple : lecture, musique... quel type de livre, etc...)

---

---

---

---

A possédé des animaux de compagnie :    Oui             Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Attentes et désirs vis-à-vis de l'accueil de jour / proposition d'activités

---

---

---

Commentaires divers

Nom :

Prénom :

---

---

---

---

---

---

---

---

Vigilance particulières (phobies, objet importants, liens ou habitudes particulières comme vestimentaires, frileux, etc...)

---

---

---

---

---

---

---

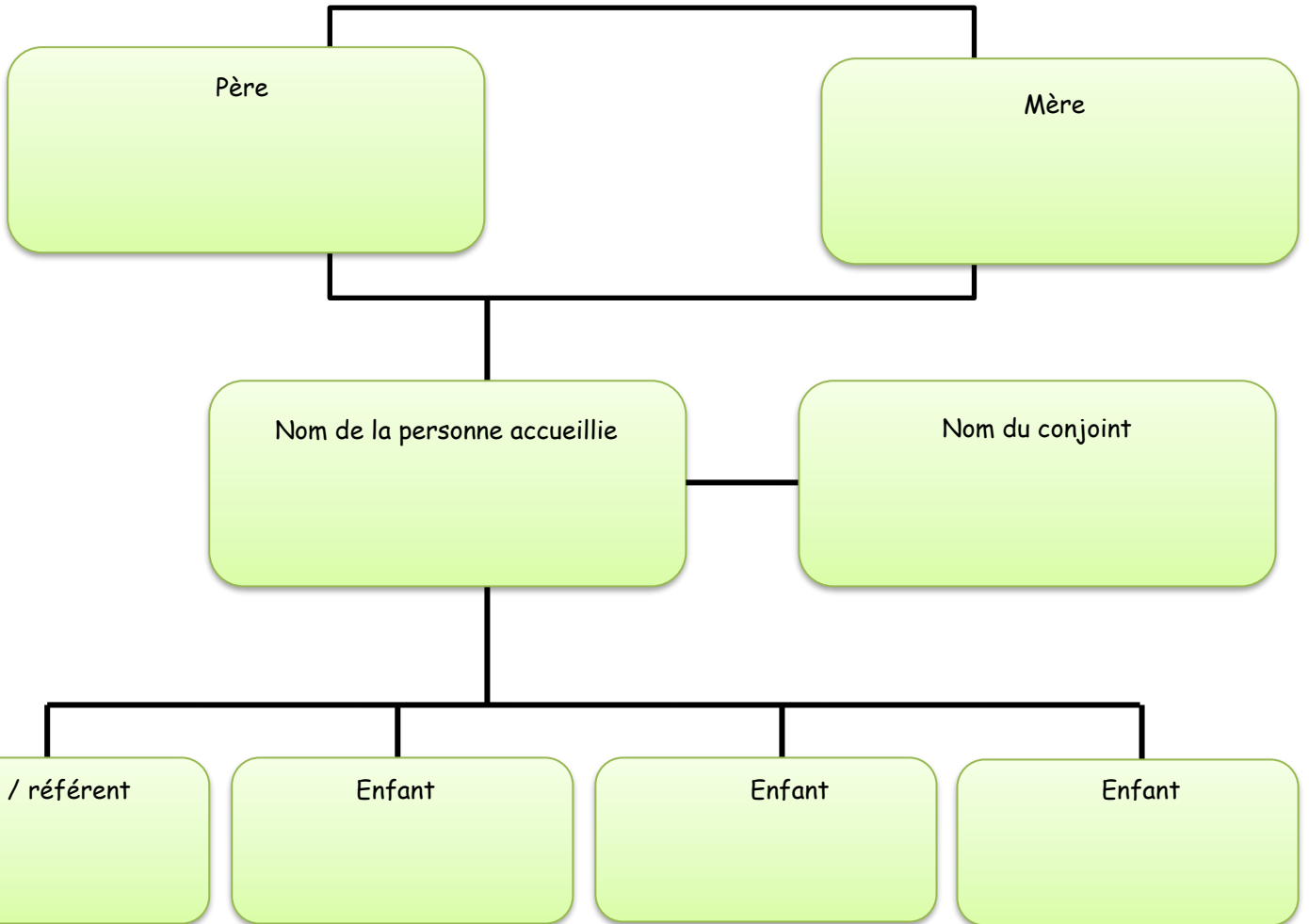
---

Habitudes de repos

Sieste :      oui                       non

Si oui, horaire habituel : \_\_\_\_\_

# Arbre généalogique



Nom :

Prénom :