



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	Cohérence	Converser et/ou se comporter de manière sensée			
2	Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
3	Toilette	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		Bas : membres inférieurs, régions intimes			
4	Habillage	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	Alimentation	Se servir			
		Manger les aliments préparés			
6	Élimination	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
7	Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir			
8	Déplacements à l'intérieur	Avec ou sans cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc. ¹			
9	Chutes	La personne ci-dessus désignée chute rarement (cocher ci-contre la lettre A)			
		La personne ci-dessus désignée chute relativement souvent (cochez ci-contre la lettre B)			
		La personne ci-dessus désignée chute très souvent (cochez ci-contre la lettre C)			

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

¹ 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 non
- Troubles de l'orientation oui non
- Troubles de la cohérence oui non
- Troubles du comportement oui non
- 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 - urinaire permanente
- Fécale - protection :

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

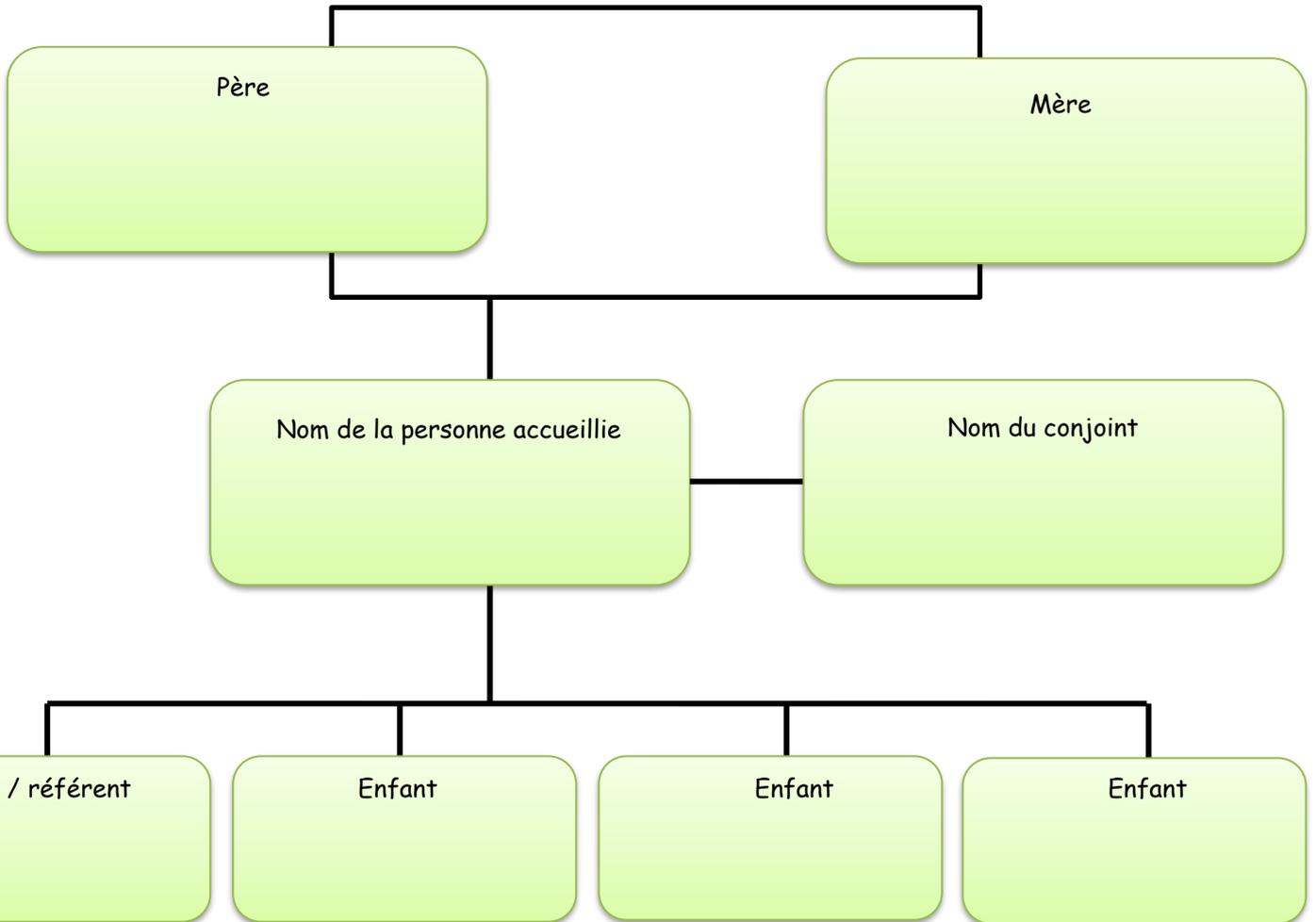
Vigilance particulières (phobies, objet importants, liens ou habitudes particulières comme vestimentaires, frileux, etc...)

Habitudes de repos

Sieste : oui non

Si oui, horaire habituel : _____

Arbre généalogique



Nom :

Prénom :