



DOSSIER D'ADMISSION

Accueil de jour « L'Oustal de Pélissier »

Accueil de jour autonome « L'Oustal de Pélissier »

📍 : 202, avenue de Pélissier - Bât. G – 81031 ALBI Cedex 9

☎ 05.63.48.20.40

@ : loustaldepelissier@vyv3.fr



Ce document équivaut à votre pré-inscription dans le service (mise sur liste d'attente) et sera utilisé dans le cadre d'une inscription définitive.

Il comprend :

- **Un volet administratif** : renseigné par vous-même ou toute personne habilitée pour le faire
- **Un volet médical** : daté et signé par votre médecin traitant ou d'un autre médecin

Les pièces à fournir lors de l'entretien d'admission sont :

- Certificat médical d'un médecin (gériatre, médecin traitant, neurologue...) précisant le diagnostic de pathologie d'Alzheimer ou apparentée, que l'état de santé de la personne est compatible avec une prise en charge en accueil de jour
- Attestation de la carte vitale
- Notification d'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie)
- Notification de mesure de protection (tutelle/curatelle) s'il y a lieu
- Copie de l'assurance responsabilité civile
- Fiche Médicale remplie par le médecin généraliste, gériatre, neurologue...
- Ordonnance en cours
- RIB + demande de prélèvement SEPA dûment complété et signé

*NB : pour tout renseignement complémentaire : habilitation à l'Aide Sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie, contactez le **Conseil Départemental du Tarn***

DOSSIER ADMINISTRATIF

Monsieur Madame

Nom de famille :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département : Pays :

N° de Sécurité Sociale : / / / / / /

Caisse de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email : @orange.fr

Situation Familiale :

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e)

Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)

Nombre d'enfant(s) :

Nom Prénom	Adresse	Téléphone	Profession

Votre situation actuelle, quels professionnels interviennent à votre domicile ?

- SSIAD Service d'aide et d'accompagnement à Domicile
 Equipe Mémoire (ESA) Aucun Autres :

Quels jours souhaiteriez-vous être accueillis ?

- Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Avez-vous déposé un dossier APA* ?

- Oui Non En cours

Si oui, merci de nous communiquer votre plan APA

**L'APA a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, il vous est versé directement pour la prise en charge par l'accueil de jour*

Avez-vous déposé un dossier d'habilitation à l'aide sociale ?

- Oui Non En cours

Etes-vous suivi(e) par une assistante sociale ?

- Oui Non

Si oui, merci de noter ses coordonnées complètes (nom, prénom, adresse, téléphone, mail) ci-dessous :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

- Oui Non En cours

Si oui, laquelle (joindre une copie du jugement) :

- Tutelle Sauvegarde de justice
 Curatelle Mandat de protection future

Nom et adresse du mandataire judiciaire

Si votre représentant légal est un membre de votre famille, veuillez nous préciser :

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email : @orange.fr

Avez-vous désigné une personne de confiance ?

Oui Non

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance au cours de votre prise en charge et plus particulièrement au moment de votre admission.

La personne que vous aurez désignée pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches, vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions. Elle peut être un parent, un proche ou encore votre médecin traitant.

A cet effet, une notice d'information et le formulaire de désignation de votre personne de confiance vous seront remis à votre admission.

Aidez-nous à mieux vous connaître

Votre histoire de vie (professionnelle, familiale, sociale...)

Vos goûts, vos habitudes, vos attentes



La personne à contacter au sujet de cette demande

Nom de famille :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email : @orange.fr

Lien de parenté ou de relation avec vous :

Conjoint

Enfants

Petits-enfants

Neveu-Nièce

Oncle-Tante

Autres, précisez :

Date d'admission souhaitée

Immédiate

Dans les 6 mois

Plus tard

Date de la demande :

Votre signature ou celle de votre représentant légal

DOSSIER MEDICAL

Monsieur Madame

Nom de famille :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Tampon

Êtes-vous suivi(e) par un infirmier libéral ?

Oui Non

Si oui, merci de noter ses coordonnées complètes (nom, prénom, adresse, téléphone, mail) ci-dessous :

Êtes-vous suivi(e) par un (des) médecin(s) spécialiste(s) ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Gériatre Psychogériatre Cardiologue
 Pneumologue Rhumatologue Ophtalmologue
 Psychiatre Autre, précisez :

En cas de nécessité d'hospitalisation, quel établissement souhaitez-vous ?

Préciser

A faire remplir par votre médecin

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Pathologies actuelles
Traitement en cours ou joindre les ordonnances (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)	

Êtes-vous diabétique insulino-dépendant ?

Oui Non

Si oui, fréquence des injections :

Autonomie

GIR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		A	B	C
Date du dernier GIR :				
Déplacement/Transfert	A l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communiquer pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<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"/>

Score MMSE : / 30

Date du score :

	Oui	Non
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rééducation	Oui	Non
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonctions Sensorielles	Oui	Non
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage correcteur, si oui lequel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillages	Oui	Non
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse (dentier, lunette de vue, appareil auditif...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		

Lésions cutanées	Oui	Non
Soins d'ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation :		
Type de pansement :		

Elimination	Oui	Non
Peut aller seul au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit être aidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection, précisez :		

Alimentation	Oui	Non
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau gélifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'épaississants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compléments alimentaires prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime, précisez :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambre implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistule rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez :		

Symptômes psycho-comportementaux	Oui	Non
Idées délirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité (cri,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements d'agitation pathologique (déambulations pathologiques, gestes incessants...) précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs...)

Médecin qui a renseigné le dossier si différent du médecin traitant

Nom :

Prénom :

Tampon