

CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER
"LES COQUELICOTS"

Identification du Service ou
de l'Etablissement d'origine

Accueil de jour Alzheimer

DEMANDE D'ADMISSION
ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER

Périodicité (s) Souhaitée (s)

NOM(S).....

Nom de Jeune Fille :

PRENOM(S) :

Date de Naissance.....

Sexe : Féminin Masculin

Lieu de Naissance :

Nationalité :

Dernière profession exercée :

Nombre d'enfants :

Célibataire Marié(e) Veuw(e) Divorcé(e) Séparé(e) Vie Maritale

Adresse :

Téléphone :

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE

APA 100 %

Caisse d'assurance Maladie :

NOM :

N° D'Immatriculation :

Adresse :

.....

PROTECTION JURIDIQUE :

L'intéressé(e) est-il (elle) sous régime de protection? Oui Non

Mesure de protection en cours : Date : / /

Sauvegarde de justice Mandataire curatelle Tutelle

Nom :

N° Téléphone tuteur ou curateur :

Adresse :

| | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <u>Médecin Traitant :</u> Adresse : | <u>Médecin qui a adressé le patient :</u> Adresse : |
| <u>Psychiatre :</u> Adresse : | <u>Neurologue :</u> Adresse : |

TRANSPORT :

Ambulance VSL Taxi Minibus Famille

Coordonnées :
.....
.....

| Parents les plus proches : | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Nom Prénom Lien de Parenté par ordre de priorité | Adresse | Téléphone Domicile | Téléphone Travail Portable |
| 1 <input type="checkbox"/> Personne de confiance Lien de Parenté | | | |
| 2 Lien de Parenté | | | |
| 3 Lien de Parenté | | | |
| 4 Lien de Parenté | | | |
| 5 Lien de Parenté | | | |
| 6 Lien de Parenté | | | |

**LES PIECES ADMINISTRATIVES
A FOURNIR AVANT L'ENTREE**

- Copie du Livret de famille ou Extrait d'Acte de naissance
- Contrat d'accueil ci-joint dûment signé
- Règlement de fonctionnement ci-joint dûment signé
- Photocopie Attestation d'Assuré Social
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile
- Jugement (si l'intéressé (e) bénéficie d'une mesure de protection)
- Grille Autonomie et le plan d'aide si vous bénéficiez d'une aide de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie attribuée par le Conseil Général)
- Ordonnance médicale
- Déclarations annuelles des retraites
- Paiement le jour de l'entrée

DIAGNOSTIC :

Aides à domicile :
Coordonnées :

IDE à domicile :
Coordonnées :

Appel à la famille

TRAITEMENT :

Ordonnance du :

Objectifs de la prise en charge :

-
-
-
-
-
-
-

Début de la prise en charge :

Fin de la prise en charge :