



Agir
pour mieux
vivre

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
Centre de santé infirmier (CSI)
Accueil de jour "Le temps d'une pause"
498 Rue Wilson - 46000 CAHORS
T 05 65 35 11 51 / F 05 65 35 81 05
contacts@agirpournieuxvivre.org
www.agirpournieuxvivre.org

ACCUEIL DE JOUR « LE TEMPS D'UNE PAUSE »

DOSSIER D'ADMISSION

Siret 318355955 00051 / APE 9499Z / URSSAF 460 101753

Association loi 1901 / Créée le 27 octobre 1978 / Déclarée en Préfecture du Lot sous le numéro 0461001854

Adhérente à la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

Signataire de l'acte d'adhésion à l'Accord National des Centres de Santé Infirmiers

DOSSIER D'ADMISSION

L'Accueil de jour est destiné à accompagner sur une journée les personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés afin d'apporter un soutien aux aidants naturels et de stimuler la personne par une prise en charge globale pluridisciplinaire proposant des ateliers de stimulation cognitive, des activités occupationnelles, des ateliers thérapeutiques et un suivi médico-social personnalisé.

Il reçoit des personnes valides ou semi valides, à un stade débutant ou modéré de la maladie.
Ce dossier se compose :

- ☐ Fiche de renseignements administratifs et personnels, favorisant l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé
- ☐ Formulaire d'autorisations
- ☐ Formulaire de consentement relatif aux droits à l'image
- ☐ Formulaire de désignation de la personne de confiance (facultatif)
- ☐ Photocopie de l'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale et une notification ALD. (100%)
- ☐ Photocopie de la notification d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et du plan d'aide
- ☐ Attestation de responsabilité civile
- ☐ Relevé d'Identité Bancaire de la personne accueillie
- ☐ Photocopie de la carte d'identité

- ☐ Photocopie de l'ordonnance du traitement en cours
- ☐ Photocopie de la carte de vaccination ou certificat de vaccination (tétanos)
- ☐ Attestation médicale à faire compléter par le médecin traitant

- ☐ Exemplaire du règlement de fonctionnement (à lire pour information dans le livret d'accueil)
 - ☐ Deux exemplaires du contrat de séjour* à retourner signés
- (*ce contrat sera donné ultérieurement après l'admission à l'accueil de jour)

.....
L'inscription du demandeur ne sera effective qu'après étude du dossier par l'équipe médico-sociale de l'accueil de jour.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne accueillie :

M - Mme Prénom :

Adresse : Téléphone :

Date et lieu de naissance : ____/____/____/ à

Situation familiale : Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Célibataire ☐

Nombre d'enfants :

N° de SS : /_____/_____/_____/

Caisses de sécurité sociale (nom):.....

Nom et adresse du responsable légal/aidant principal :

Mme - Mlle - M Prénom :

Nom de jeune fille Adresse

Téléphone : Bureau /_____/_____/_____/_____/_____/ Email :

Dom /_____/_____/_____/_____/_____/

Port /_____/_____/_____/_____/_____/

Lien avec la personne accueillie

APA (Allocation personnalisée d'autonomie) :

Oui ☐

Non ☐

GIR attribué : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Mesure de protection juridique : Oui ☐ Laquelle.....

Non ☐

Si oui nom et coordonnées du tuteur :

Destinataire de la facture

Situation au domicile :

Vit seul(e) ☐ Avec conjoint seul ☐ Avec enfants ☐

Autre ☐ Préciser :

Coordonnées des membres de la famille ou aidants à alerter :

1/ M. ou Mme : Lien de parenté : N° Tél :

2/ M. ou Mme : Lien de parenté : N° Tél :

3/ M. ou Mme : Lien de parenté : N° Tél :

Qui vous a orienté vers notre Accueil de jour :

Médecin généraliste ☐ Amis/voisin s ☐ Autre ☐ Préciser.....

Médecin traitant : Dr :

Coordonnées :

Intervenants à domicile :

IDE ☐ SSIAD ☐ Service d'aide à domicile ☐ Géro-onto-psychiatrie ☐
Kinésithérapeute ☐ Orthophoniste ☐ Autre ☐ Préciser :.....

Comportements à l'égard des médicaments :

Prise aisée ☐ Opposition ☐

Stratégie habituelle facilitant la prise :

Comportements à l'égard des soignants

Calme ☐ Agressivité ☐ Opposition ☐

Comportement alimentaire :

Régime alimentaire Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel :

Texture : Mixée ☐ Hachée ☐ Normale ☐

Aliments que la personne aime :

Aliments que la personne n'aime pas :

Allergie alimentaire :

La personne a-t-elle besoin d'aide pour manger Oui ☐ Non ☐

Information complémentaire :

Elimination :

La personne :

souffre-t-elle d'une incontinence : Oui ☐ Non ☐ Si oui laquelle : urine ☐ selle ☐

porte t'elle des protections : Oui ☐ Non ☐

a-t-elle besoin d'être assistée pour aller aux toilettes : Oui ☐ Non ☐

Déplacement :

La personne :

doit être assistée pour se déplacer : Oui ☐ Non ☐

Si OUI : d'une canne ☐ d'un déambulateur ☐ d'un fauteuil roulant ☐

Données actuelles sur l'activité au domicile :

Activités de la vie quotidienne assumées :
.....

Loisirs :

Intérêts :

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

Avec l'entourage oui ☐ non ☐

Par la structure oui ☐ non ☐

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

.....

Responsable légal ou aidant ayant complété ce questionnaire :

Date et signature

AUTORISATIONS

Ces autorisations sont à compléter par la personne accueillie ou par son représentant légal

Nom :

Prénom :

	OUI	NON
J'autorise l'équipe de l'accueil de jour à m'administrer mon traitement médicamenteux conformément aux prescriptions de mon médecin traitant ou/et de mon médecin spécialiste (1) A chaque renouvellement d'ordonnance ou de modification de traitement, je remets une photocopie à l'équipe de l'Accueil de jour. Les médicaments ne doivent pas être retirés de leur emballage (blister) afin d'assurer leur traçabilité.		
J'accepte de participer aux animations proposées par l'équipe de l'accueil de jour qui se déroulent à l'extérieur de l'établissement et d'être transporté(e) avec les véhicules de service		
J'autorise le service de l'accueil de jour à mettre en vente les œuvres que j'aurai créées lors des ateliers à visée thérapeutique à l'occasion de journées portes ouvertes ou de kermesse organisées par le service.		
En cas de problématiques médicales graves et/ou urgentes, je donne l'autorisation au service de l'accueil De jour de faire appel aux services d'urgence. Dès que j'aurai été pris(e) en charge par les services d'urgence, je souhaite Que M ou Mmesoit prévenu(e) Par téléphone au :		

Fait à

le

Signature



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIF AUX DROITS À L'IMAGE

Nom de l'établissement : Accueil de jour « le temps d'une pause » de l'Association Agir pour mieux vivre **représenté par** Mr Laurent BAILLY Directeur

Adresse : 498 rue du Président Wilson 46000 CAHORS

Téléphone : 05 65 35 81 00

1. IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

- **Nom :** _____
- **Prénom :** _____
- **Date de naissance :** _____

(Si la personne concernée est sous mesure de protection (curatelle ou tutelle), remplissez les coordonnées du représentant légal.)

- **Nom du représentant légal :** _____
- **Lien avec la personne concernée :** _____

2. OBJET DU CONSENTEMENT

Dans le cadre des activités de l'Accueil de jour « le temps d'une pause » de l'Association Agir pour mieux vivre, des photographies, vidéos ou autres supports numériques ou imprimés peuvent être réalisés pour :

- La communication interne (affichage, journal interne, etc.)
- La communication externe (site internet, réseaux sociaux, brochures, etc.)
- La participation à des événements ou projets spécifiques

3. CADRE DU CONSENTEMENT

En signant ce document, j'autorise le service d'Accueil de jour « le temps d'une pause » de l'association Agir pour mieux vivre à utiliser les images de moi-même / de la personne dont je suis le représentant légal :

- ☐ **OUI** pour l'ensemble des supports et finalités indiqués ci-dessus
- ☐ **NON** je n'autorise pas l'utilisation d'images
- ☐ **PARTIELLEMENT**, uniquement pour :
 - ☐ La communication interne
 - ☐ La communication externe
 - ☐ Les supports éducatifs ou professionnels

4. CONDITIONS D'UTILISATION

Les images seront utilisées dans le respect de la dignité et des droits de la personne concernée.

Aucune image ne sera utilisée à des fins commerciales ou contraires à l'éthique.

Conformément aux **articles 12, 13 et 14 du RGPD** vous avez un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et d'effacement de ses données. Conformément à l'article 9 du code civil, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

5. DUREE DE CONSERVATION ET DE DIFFUSION DES IMAGES

Les images pourront être conservées et diffusées durant la période d'accueil dans le service.

6. DURÉE DU CONSENTEMENT

Ce consentement est valable pour une durée d'un an, sans information de votre part, il sera reconduit tacitement.

Le consentement peut être révoqué à tout moment par demande expresse faite par écrit à Mr Jérôme HUGON Infirmier coordinateur de l'Accueil de jour « le temps d'une pause » de l'Association Agir pour mieux vivre 498 rue du Président Wilson 46000 CAHORS.

7. SIGNATURE

Fait à : _____

Le : _____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'établissement : Mr BAILLY Laurent

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : [CNIL](#) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07, par téléphone +33 (0)1 53 73 22 22 (Lundi au Jeudi : 9h – 18h30, Vendredi : 9h – 18h)

Y:\E_ADJ\04_Patients\ADMISSION\Dossiers Livret accueil et admission\Dossier admission\DOSSIER ADMISSION ADJ

ATTESTATION MEDICALE

Nom :

Prénom :

Renseignements médicaux

Antécédents médicaux et Antécédents chirurgicaux :

Allergies : Oui ☐ Non ☐

Lesquelles :

Vaccinations obligatoires (joindre certificat)

Troubles cognitifs

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| - Troubles mnésiques simples | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Troubles de l'orientation | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Troubles de la cohérence | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Troubles du comportement | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Agressivité ☐ | - Risque de fugue ☐ | - Opposition ☐ |
| - Déjà explorés (par le Dr | Oui ☐ | Non ☐ |

Traitement actuel :

Incontinence

- Urinaire partielle ☐ Urinaire permanente ☐ Fécale ☐

Alimentation

Régime alimentaire : Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel :

Texture : Normale ☐ Hachée ☐ Mixée ☐

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