

**FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE JOUR**

**CENTRE HOSPITALIER - 30 ter rue St François - Doué la Fontaine - 49700 DOUE EN ANJOU**

**Tel 02.41.83.46.10 & Fax 02.41.59.09.93**



**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance) .....

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage).....

Prénom(s) .....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal. .... Commune/Ville .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse e-mail .....

**PERSONNE A CONTACTER (POUR LES CAS D'URGENCE, PREVOIR DEUX CORRESPONDANTS)**

Nom ..... Nom.....

Prénom ..... Prénom .....

Adresse ..... Adresse .....

.....

.....

Lien de parenté ..... Lien de parenté .....

N° téléphone ..... N° téléphone .....

**RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU SEJOUR – OBLIGATOIRES AVANT L'ENTREE**

Médecin traitant ..... GIR .....



**JOURNEE D'ACCUEIL POSSIBLE**

	Lundi	Mardi	mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Journée complète</b>					

Préciser les dates souhaitées pour l'accueil .....

.....

.....

## PROCEDURE A RESPECTER

Je signe le contrat de séjour qui m'est remis en même temps que le règlement de fonctionnement lors de l'entrée.

## A REMPLIR

Le soussigné(e) ..... déclare demander pour lui-même ou pour ..... l'inscription à l'accueil de jour à du Centre Hospitalier de Doué en Anjou après avoir pris connaissance des éléments contenu dans le présent document, du règlement de fonctionnement et signé le contrat de séjour prévu par les textes en vigueur.

Date ..... signature

## PIECES A FOURNIER LE JOUR DE L'ENTREE

- Grille NPIES
  - un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille
  - Un engagement de paiement du résident et/ou de ses obligés ou co-obligés alimentaires.
  - Un relevé d'identité bancaire
  - La fiche médicale dûment renseignée (document type à retirer dans le service)
  - Les médicaments et la dernière ordonnance en cours pour les prochaines 48 heures
  - La carte d'assuré social (carte vitale) ainsi que son attestation
  - La carte de mutuelle ou assurance complémentaire santé
- et si ces documents existent :
- La photocopie d'un jugement de protection de justice s'il y a lieu (tutelle, curatelle...)
  - Copie de la notification de l'APA (conseil général)

## PRISE EN CHARGE

Un rendez vous est pris avec le cadre du service 3 mois après l'inscription afin de faire le point sur la prise en charge. Mon correspondant privilégié est le cadre du service pour tout ce qui relève de la prise en charge.

Date : .....

✂ .....

## A REMPLIR EN CAS D'ANNULATION

Mr Mme Melle ..... annule l'inscription à l'accueil de jour du Centre Hospitalier de Doué en Anjou dans le respect du règlement de fonctionnement (soit 72 heures à l'avance pour ne pas être facturé)

Date ..... signature

## CERTIFICAT MEDICAL

A FAIRE COMPLETER IMPERATIVEMENT PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur             Madame

Nom de naissance             Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement             Fin/Retour d'hospitalisation             Maintien à domicile difficile

Autres *(préciser)*

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

  
  
  

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

  
  
  
  

**SOINS PALLIATIFS**  OUI  NON    **ALLERGIES**  OUI  NON    Si oui, préciser

**CONDUITES A RISQUE**  OUI  NON

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

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

NE SAIT  PAS  OUI  NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)   
Préciser la date du dernier prélèvement

Taille             Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

OUI  NON  
Cécité    
Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

Kinésithérapie    
Orthophonie

Autre (préciser)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
<b>Transfert</b>				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité ( <i>cris...</i> )		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> )		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres ( <i>préciser</i> )		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

Nom  Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin