

DOSSIER D'ADMISSION ACCUEIL DE JOUR LAMBALLE



A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

Pièces à déposer avec la demande d'admission (pour passage en commission) :

- ✓ Livret de famille ou acte de naissance
- ✓ Attestation de droit de la caisse de sécurité sociale
- ✓ Carte mutuelle à jour
- ✓ Dernier avis d'imposition
- ✓ Justificatif des ressources de l'année précédente
- ✓ 2 photos d'identité
- ✓ Copie de jugement de mesure de protection le cas échéant
- ✓ Notification MDPH
- ✓ Bilan éducatif et projet personnalisé.

Pièces à fournir à l'entrée:

- ✓ Copie de la carte vitale
- ✓ Copie de la carte d'invalidité
- ✓ Copie de la carte d'identité
- ✓ Attestation d'assurance de responsabilité civile
- ✓ La dernière ordonnance et les médicaments
- ✓ Le dossier médical doit être transmis par le médecin traitant ou psychiatre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin coordonnateur.

Bagage à amener à chaque venue à l'accueil de jour :

- ✓ Chapeau, lunettes de soleil, crème solaire si besoin,
- ✓ Les médicaments correspondant à la prescription, non déconditionnés,
- ✓ Une ordonnance si changement de traitement.

Documents à retourner à l'adresse suivante :

Accueil de Jour PHV
Mme MOUSSEAU Guénola
Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve
1, place du Chauchix Saint Léonard
22510 MONCONTOUR de BRETAGNE
quenola.mousseau@hstv.fr
02 22 70 01 93

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS EN VUE D'UNE ADMISSION A L'ACCUEIL DE JOUR / LAMBALLE

(A retourner dûment remplie avant l'entrée pour étude du dossier)

Nom & Prénom:.....
Date de naissance:.....
Domicile de secours:.....
Actuellement hébergé à:.....
Statut familial:

Nom de jeune fille:.....
Lieu de naissance:.....
.....
Depuis le:.....
Nom et Prénom du conjoint:.....

Parents ou référent familial:

Nom et Prénom.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
 Portable:.....
Mail:.....

Autres membres de la famille à contacter en cas de besoin:

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Nom et Prénom:.....
Lien de parenté:.....
Adresse:.....
N° de téléphone fixe:.....
Portable:.....
Mail:.....

Mesure de protection:.....

Nom et prénom:.....
Adresse:.....
Lien avec le demandeur:.....
Téléphone:.....
Mail:.....

FICHE D'AUTONOMIE/INDEPENDANCE

Pré admission Accueil de jour Personnes vieillissantes en situation de handicap

- **Rapport au langage, communication**

Est-ce que la personne s'exprime, comprend ce qu'on lui dit?

.....
.....
.....

- **Rapport à l'autre:**

Quels sont les rapports de la personne:

Avec sa famille

.....
.....
.....

Avec ses pairs (en groupe)

.....
.....
.....

Avec les professionnels du secteur médico-social

.....
.....
.....

A l'extérieur

.....
.....
.....

- **Comportement en général, habitudes de vie**

.....
.....
.....

- **Vie quotidienne:**

Lever

A quelle heure la personne se lève-t-elle? Quelles sont ses habitudes, a-t-elle besoin d'une personne pour se réveiller?

.....
.....
.....

Toilette

Quelles sont ses habitudes? Fait-elle sa toilette seule?

.....
.....
.....

Habillage

Quels sont les besoins de la personne? Se change-t-elle seule? Adapte-t-elle les vêtements à la saison?

.....
.....
.....

Repas

Existe-t-il des mets que la personne n'aime pas? Mange-t-elle seule? Certains aliments doivent-ils être moulinés ?

.....
.....
.....

Sommeil

.....
.....
.....

- **Repérage dans le temps**

La personne a-t-elle la notion de l'heure et du temps?

.....
.....
.....

- **Déplacement et orientation, repérage dans l'espace**

Est-ce que la personne se repère dans la rue, dans l'établissement?

.....
.....
.....

- **Inscription dans la vie domiciliaire**

Est-ce que la personne participe à la mise du couvert, la vaisselle, range-t-elle sa chambre...?

.....
.....
.....

- **Activités**

Quelles activités la personne aime-t-elle faire?

.....
.....
.....

Préférez-vous un accueil certains jours de la semaine ?

oui

non

Lesquels ?

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

(Entourez les jours souhaités)

Dossier établi le :

Signature :

.....
.....
.....
.....
.....

Pathologie(s):

- **Diagnostic**

.....
.....

- **Evolutivité**

Aigüe ou poussée évolutive

Chronique ou stabilisée

- **Motif d'admission en accueil de jour**

.....
.....

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

.....
.....
.....

- **Autres problèmes de santé à signaler** (allergies, risque de fausses routes, cécité, surdité, troubles de la marche, conduites à risques : alcool, tabac, fugues...)

.....
.....
.....

- **Appareillages** (déambulateur, canne, prothèses...)

.....
.....

- **Traitement médical** (ou joindre l'ordonnance)

- A.L.D: oui non

- **Liste des médicaments en A.L.D** (Nom, posologie)

-
-
-
-
-

Dossier complémentaire de demande d'inscription ACCUEIL DE JOUR Lamballe

CERTIFICAT MEDICAL ET CONFIDENTIEL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU PSYCHIATRE

NOM/PRENOM

PERMANENCE DES SOINS

Merci de préciser votre permanence des soins ou de joindre une ordonnance sur laquelle elle y figure .
Ces informations pourraient être nécessaires à l'équipe soignante en cas d'urgence pour votre patient

CERTIFICAT D'ACTE DE LA VIE COURANTE

Je soussigné , Dr , autorise l'équipe de l'accueil de jour
à savoir aide-soignant et aide médico-psychologique à aider à la prise des médicaments dans le cadre des actes
de la vie courante pour M. /Mme

Le

Signature

ACCUEIL DE JOUR - PHV LAMBALLE

TARIFS APPLICABLES AU 1ER AVRIL 2023

TARIFS A LA JOURNEE + 60 ANS					
HEBERGEMENT	DEPENDANCE		S/TOTAL	REPAS	TOTAL
40,68 €	GIR 1 et 2	36,76 €	77,44 €	5,00 €	82,44 €
	Gir 3 et 4	23,34 €	64,02 €		69,02 €
	Gir 5 et 6	9,90 €	50,58 €		55,58 €
TARIF PERSONNES MOINS DE 60 ANS			61,68 €		

TARIFS A LA DEMI-JOURNEE + 60 ANS					
HEBERGEMENT	DEPENDANCE		S/TOTAL	REPAS	TOTAL
20,34 €	GIR 1 et 2	18,38 €	38,72 €	5,00 €	43,72 €
	GIR 3 et 4	11,67 €	32,01 €		37,01 €
	GIR 5 et 6	4,95 €	25,29 €		30,29 €
TARIF PERSONNES MOINS DE 60 ANS			30,84 €		