



Centre d'Accueil de Jour – EHPAD PUBLIC RICHARD
2 boulevard Richard Garnier
78700 CONFLANS SAINTE HONORINE
Tél. 01.34.90.45.55/57 – Standard : 01.34.90.44.44
accueildejour@epsms-richard.fr

CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR

DOSSIER D'ADMISSION

NOM :

Prénom :

Merci de bien vouloir remplir :

Le volet administratif (renseignements)

Faire remplir par le médecin traitant :

Le volet médical comprenant de la page 6 à 9

➤ *Important : le volet médical doit être mis sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur.*

Et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Copie de la pièce d'identité
- Attestation papier Sécurité Sociale
- Attestation Responsabilité Civile
- Copie notification APA à domicile
- Relevé identité bancaire

et si nécessaire :

- Copie du jugement de tutelle ou curatelle

Le dossier sera examiné si toutes les pièces nécessaires sont fournies

A Mme HARDY Sabrina
Responsable
Centre d'Accueil de Jour
EHPAD Richard
2 boulevard Richard Garnier
78700 CONFLANS SAINTE HONORINE

Demande d'accueil pour :

NOM :Prénom.....

Qui fait la demande d'accueil :

Personne elle-même :

Famille :

Structure médicale :

A préciser : _____

Institution :

A préciser : _____

Service social

A préciser : _____

Commune :

A préciser : _____

Coordonnées du demandeur :

Nom.....
.....

La personne prochainement accueillie est-elle :

Consentante à cette démarche d'accueil ? OUI NON

Si non, pourquoi :

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

Renseignements préalables à l'admission :

(à remplir par l'intéressé(e) ou sa famille)

Nom d'usage :.....

Prénoms :.....

Adresse :.....

Ville :..... **CP :**.....

N° Téléphone :.....

Date de Naissance : |__| |__| |____|

Lieu de Naissance :.....

Nationalité :.....

Religion :.....

Situation de famille :


- Marié(e) - Vie maritale - Veuf (Ve) - Divorcé(e) - Célibataire - Séparé(e)

Nombre d'Enfants : |____|

Dont vivants au jour de la demande : |____|


Coordonnées des Enfants : (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone)

adresse e-mail :

..... 


...

adresse e-mail :

..... 


....

adresse e-mail :

..... 

....


adresse e-mail :

..... 

....

Nom et coordonnées* de la personne référente :

*Si différentes de celles données précédemment

..... 

.....


Numéro de Sécurité Sociale : |_____|| |____|

L'intéressé(e) fait –il (elle) l'objet d'une mesure de protection juridique :

NON OUI

Si Oui, Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Coordonnées du Mandataire : (nom, prénom, numéro de téléphone)

..... 

...

L'intéressé(e) est-il (elle) bénéficiaire de :

Allocation APA à domicile : NON OUI Si oui GIR :



TARIFS 2024

CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR

A compter du 1^{er} Janvier 2024

**Jusqu'au prochain arrêté signé par le Président du
Conseil Départemental des Yvelines**

TARIF JOURNALIER :

HEBERGEMENT (+60 ANS) YVELINOIS :.....	19, 99 €
HEBERGEMENT (- 60 ANS) YVELINOIS :.....	28, 39 €
HEBERGEMENT (+60 ANS) HORS DEPARTEMENT :.....	39, 98 €
HEBERGEMENT (- 60 ANS) HORS DEPARTEMENT :.....	56, 77 €

DEPENDANCE :

GIR 1 ET 2 :	22, 57 €
GIR 3 ET 4 :	14, 32 €
GIR 5 ET 6 :	6, 08 €

Fait à Conflans, le 1er Janvier 2024

DOSSIER MEDICAL

Document à adresser sous pli médical confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur.
A remplir par le médecin traitant pour les personnes au domicile au moment de la demande,
par le médecin de l'établissement de santé pour les personnes hospitalisées.

IDENTITE

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

ANTECEDENTS et TRAITEMENTS IMPORTANTS

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents psychiatriques :

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies actives en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi gériatrique hospitalier ou neurologique :

(Joindre les comptes-rendus disponibles + nom du praticien et établissement)

.....

.....

.....

.....

Allergies :

.....

.....

.....

.....

Dépendance :

- Alcool
- Tabac
- Autre :

Existence d’une BMR : Oui Non

Préciser :

ETAT ACTUEL**Affection de longue durée – Motif de la prise en charge à 100% :**

.....

.....

Etat psychiatrique actuel :

- Dépression : Oui Non
- Troubles cognitifs : Oui Non
- Troubles mnésiques : Oui Non
- Troubles psycho-comportementaux : Oui Non

Préciser si besoin :

.....

.....

.....

Etat vaccinal**Antitétanique :****Existence d’une prise en charge en rééducation :**

(Indiquer les coordonnées des professionnels)

.....

.....

.....

.....

Surveillance infirmière particulière :

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

MEDECINS HABITUELS

Médecin traitant :

Nom :.....
.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
.....

Gériatre :

Nom :.....
.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
.....

Neurologue :

Nom :.....
.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
.....

Autres:

Nom :.....
.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
.....

Dans la mesure du possible, joindre les comptes-rendus médicaux et paramédicaux en lien avec la demande ainsi que copie de la dernière ordonnance

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : Poids : Taille :

AUTONOMIE		Oui	Non
Transferts seul			
Déplacements seul	A l'intérieur		
	A l'extérieur		
Toilette seul	Haut		
	Bas		
Continence	Urinaire		
	Fécale		
Habillage seul	Haut		
	Moyen		
	Bas		
Alimentation seul	Se servir		
	Manger		
Texture :			
Régime :			
Troubles de déglutition			
Orientation	Temps		
	Espace		
Communication verbale Langue parlée :			
Troubles auditifs			
Cohérence			

PANSEMENTS / SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarre		
Mycose		

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Gastrostomie		
Sonde de trachéotomie		
Sonde urinaire		
Urétrostomie		
Colostomie		

APPAREILLAGES		Oui	Non
Fauteuil roulant			
Déambulateur			
Orthèse			
Prothèse	dentaire		
	lunettes		
	auditive		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité, cris		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (déambulation, risque de fugue notamment, gestes répétés, etc.)		
Préciser :		
.....		
Troubles du sommeil		

SIGNATURE DU MEDECIN

Nom et coordonnées du médecin ayant renseigné le questionnaire :	Date et signature :
--	---------------------