

**DEMANDE D'INSCRIPTION
EN ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE
OU ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE ITINERANT**

**VOTRE DEMANDE NE SERA PRISE EN COMPTE QUE LORSQUE LE DOSSIER SERA COMPLET
ET ETUDIE EN COMMISSION D'ADMISSION**

ETAT CIVIL

NOM Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Adresse.....

.....

Téléphone :

Situation actuelle Domicile Hospitalisation

Autre (préciser)

Situation familiale :

MEDECIN TRAITANT :

PERSONNE REFERENTE (famille, amis, etc) :

Parenté (ou qualité)	NOM	Adresse	Téléphone - Portable

JOURS SOUHAITES de façon préférentielle

Site de Ribérac Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Commune Saint Michel la Rivière Lundi Jeudi Vendredi

Commune de Mussidan Mardi Mercredi

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ✓ La présente fiche
- ✓ Les renseignements médicaux ci dessous
- ✓ Fournir la notification de l'**Aide Personnalisée d'Autonomie**

Le cas échéant :

- Préciser si la personne bénéficie de l'intervention d'aides à domicile, SSIAD, ESA
.....
- Mesure de protection : Aucune Sauvegarde de justice Curatelle
Tutelle

**A NOTER : SI VOUS DECIDEZ DE METTRE UN TERME A VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION, NOUS VOUS
DEMANDONS DE BIEN VOULOIR NOUS PREVENIR.**

LE JOUR DE L'ENTREE

Merci d'amener la carte vitale + la carte de mutuelle ou une photocopie + ordonnance
et traitement + document de validation de l'admission

ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE Site de Ribérac
ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE ITINERANT Lieu Mussidan – La Roche-Chalais

Docteur,

Merci de bien vouloir compléter ce **dossier** pour établir au sein de l'Accueil de Jour Thérapeutique ou l'Accueil de Jour Thérapeutique Itinérant un dossier patient.

Dans la mesure du possible faire réaliser **un bilan psycho gériatrique** afin d'avoir une orientation sur **le type de pathologie démentielle**.

L'objectif étant d'envisager une prise en soins optimale.

En vous remerciant de votre collaboration.

Bien cordialement.

L'Equipe de Coordination

V. La maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

Oui Non En Cours

➤ Un bilan de la maladie a-t-il été effectué ?

Oui

- Par qui ?.....

➤ **La maladie est-elle traitée ?**

Oui

VI. Traitement actuel : *(merci de joindre la dernière ordonnance)*

VII. Votre ressenti personnel et vos attentes :

Bilan psychologique à fournir

(A adresser au psychologue sous pli confidentiel))

Compte rendu de la TDM cérébrale

Bilan psycho gériatrique avec :

Psychiatre ou neurologue ou gériatre ou psycho gériatre du choix de la personne, afin d'émettre un avis sur le type de la pathologie démentielle

Important

Renseignements administratifs:

Médecin traitant :

Infirmier(e) libéral(e) :

Pharmacie :

Ambulancier : Nom :

N° de téléphone :

Si besoin, choix Hôpital/ Clinique :

En cas d'urgence nécessitant une hospitalisation, j'autorise l'établissement à prendre toute décision relative à l'état de Santé de M (me)

.....

Concernant le traitement :

Amener le pilulier identifié (Nom et Prénom) à jour avec ordonnance valide. Les médicaments devront être laissés sous blister.

Liste des affaires personnelles à prévoir pour le bénéficiaire chaque jour de présence :

- Les aides techniques (déambulateur, fauteuil et cannes)
- Des affaires de rechange en cas de problème.
- Protections si nécessaire

Signature :

Nom

Prénom :

Qualité :