



SOLEYANOU

Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Habilitation Aide Sociale

EHPAD SOLEYANOU

Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



DOSSIER ADMISSION ACCUEIL DE JOUR « LES SUCRIERS »



Sainte Marie d'Arles Gardel-97160 Le Moule

Tel : 05 90 20 06 06 Fax : 05 90 24 41 22

E-mail : accueil.moule@soleyanou.fr

Site Internet: www.soleyanou.com



DOCUMENTS A FOURNIR A L'ADMISSION

Documents administratifs

- ✓ Fiche de renseignements administratifs renseignée
- ✓ Carte d'identité
- ✓ Livret de famille
- ✓ Copie de la carte vitale+ attestation
- ✓ Carte de mutuelle
- ✓ Attestation d'assurance de responsabilité civile

Documents médicaux

- ✓ Dossier médical de préadmission
- ✓ Certificat médical
- ✓ L'ordonnance avec le dernier traitement en cours



Renseignements Administratifs
OBLIGATOIRES

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale :

Droits jusqu'au.....

SITUATION FAMILIALE

Veuf (ve)

Marié

Célibataire

Divorcé(e)

Union libre

Nombre de frère

Nombre de sœur

Coordonnées des enfants :

Nom	Prénom	Adresse	N° téléphone

Ancienne profession :

Mesure de protection juridique

Personne référente

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

Lien de parenté :

Mutuelle complémentaire

Nom :

Adresse

Situation au regard de la caisse d'allocation familiale (CAF)

N° allocataire

Adresse

Situation au regard de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Adresse

Allocation adulte handicapé (AAH) Non Oui du.....au.....

Carte d'invalidité Non Oui du.....au.....

Prise en charge à 100% au titre d'une Affection Longue Durée (ALD)

Oui

Non

Merci de nous préciser

- **Le nombre de jours désirés :**
- **Les jours concernés :**

SUR LE PLAN COMPTABLE

Le prix de la journée est fixé par Arrêté du Président du Conseil Départemental

Au 1^{er} Décembre 2018

Tarif journalier : 48.50€

Tarif dépendance : 8.10€

Une facture vous est envoyée chaque fin de mois, à terme échu. Les frais d'accueil de jour ont à régler avant le 10 du mois suivant.

Observations :

Le personnel administratif est à votre disposition pour tous renseignements ou complément d'information

L'admission en accueil de jour est possible lorsque :

- Nous sommes en possession du dossier complet
- La visite de pré admission a été réalisée
- Des places sont disponibles

Avis :

Date :

Signature :

DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION EN ACCUEIL DE JOUR

1. ELEMENTS SOCIO-DEMO-DEMOGRAPHIQUES

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Situation familiale :

Demandeur (Service, Parent, etc....)

Nom :

Tel :

Coordonnées de la personne de confiance : (Lien de parenté)

Nom :

Tel :

Médecin traitant

Nom :

Tel :

Accord du futur résident

Est-il informé de son admission en Accueil de Jour ? OUI

NON

Est-il consentant ? OUI

NON

Protection juridique ? OUI

NON

2. ELEMENTS MEDICAUX PAR LE MEDECIN EXCLUSIVEMENT

Motif de l'admission Accueil de Jour

Pathologie(s) actuelle(s)

Antécédents personnels :

Médicaux :

Allergies :

Psychiatrique :

Chirurgicaux :

Traitement actuel détaillé

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Hospitalisation

Consultation Mémoire :

Porteur de germe multi résistant

Addictions : Alcool : OUI NON

Tabac : OUI NON

Autres :

Poids

Taille

Régime

Vaccinations

Nom et Fonction du médecin

Service demandeur

Téléphone

Date

Cachet lisible

Signature

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur

La loi du 4 Mars 2002 vous autorise à désigner une **personne de confiance**.

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (membre de votre famille, ami, voisin, médecin traitant).

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autres personnes, à prévenir en cas de besoin.

La mission de la personne de confiance est définie vous-même.

Elle pourra, selon votre souhait* :

- vous accompagner dans toutes vos démarches
- vous assister lors des entretiens médicaux
- recevoir les informations médicales en cas de pronostic grave
- être consultée si vous êtes hors d'état d'exprimer vos volontés et que des soins s'imposent pour des raisons d'urgence

Elle ne bénéficie pas du droit au dossier médical et ne peut consentir aux traitements et interventions envisagées.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle est révoquée à tout moment par écrit et vous pouvez désigner une nouvelle personne de confiance

**cocher la ou les cases correspondantes*

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr.....déclare :

- **Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :**

Mme, Mlle, Mr.....

Téléphone :

- **Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et ne souhaite pas en désigner une.**

Fait à.....

Le.....

Signature