



Accueil de Jour Thérapeutique « Le Phare »
2 rue Résidence du Parc
51240 SAINT GERMAIN LA VILLE
Tél. : 03.26.67.52.69 / Poste 138 /
Fax : 03.26.64.11.45
E-mail : psy.mrstgermain@orange.fr

Afin d'assurer un accompagnement en toute sécurité et pour des raisons d'organisation administrative, nous avons impérativement besoin des documents suivants :

- Copie d'une pièce d'identité,
- Copie de la responsabilité civile,
- Copie de la carte vitale,
- Copie de la carte de mutuelle,
- Copie intégrale du livret de famille,
- Copie de la décision d'APA,
- Copie de l'ordonnance en cours, même si des traitements ne doivent pas être administrés lors de la journée,

Merci de nous retourner ces documents ou de les rapporter en main propres.

Je reste à votre disposition si des éclaircissements sont nécessaires.

Cordialement,

Responsable du Phare.

EHPAD DE SAINT GERMAIN LA VILLE

ACCUEIL DE JOUR

Rue Résidence du Parc 51240 Saint Germain La Ville
Tel : 03.26.67.52.69 - FAX : 03.26.64.11.45
e-mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org>

DOSSIER D'ADMISSION



NOM : _____

Prénom : _____

Date de dépôt : _____

Date d'admission : _____

Identification du prescripteur

Demande d'accueil de :

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 :

➤ *informée de cette démarche :* OUI NON

Si non, pourquoi :

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

➤ *consentante à cette démarche d'accueil ?* OUI NON

➤ *Vacciné contre la COVID 19 ?* OUI NON

Fait à,, le

Signature manuscrite :

Renseignements préalables à l'admission :
(à remplir par l'intéressé(e) ou sa famille)

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénoms :

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 :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

Domicile :

..... 🏠
..... 📞

Coordonnées de la Personne à contacter en cas de problème médical ou autre : (nom, adresse, numéro de téléphone)

..... 🏠
..... 📞

Adresse et Numéro(s) de Téléphone auxquels il est possible de vous joindre actuellement :

..... 🏠
..... 📞

Nom et Coordonnées du Médecin Traitant :

..... 🏠
..... 📞

Coordonnées des spécialistes consultés :

ORL : 🏠

Ophtalmologue : 🏠

Cardiologue : 🏠

Neurologue : 🏠

Autres à préciser : 🏠

..... 🏠

..... 🏠

..... 🏠

Nom et Adresse de la Caisse Gestionnaire d'Assurance Maladie :

.....

Numéro de Sécurité Sociale : | _____ | | ____ |

Nom et Adresse de la Mutuelle Complémentaire :

.....

Numéro de Mutuelle : | _____ |

Ancienne situation professionnelle :

Désignation et Acceptation d'être la personne de confiance de :

M

Je soussigné(e).....Déclare sur l'honneur, que je désigne :

M.....Lien de Parenté

Coordonnées

Comme ma personne de Confiance, en application de la loi du 4 Mars 2002.

Article L. 1111-6

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 - Journal Officiel du 5 Mars 2002)

« Toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.»

Je soussigné(e).....

Reconnait avoir connaissance du choix de :

M.....

*Lien de ParentéQui m'a désigné en tant que
personne de confiance et accepte cette responsabilité.*

Fait à

Date et signature manuscrite du résident :

Date et signature de la personne de confiance :

Engagement à régler les frais d'accueil

« Celui qui se rend caution d'une obligation, se soumet envers le créancier à satisfaire à cette obligation, si le débiteur n'y satisfait pas lui-même » (Article 2011 du Code Civil).

Je soussigné(e).....
Domicilié(e) à.....
Né(e) le à
Agissant pour le compte de
A titre de
Domicilié(e) à
Né(e) le

Après avoir pris connaissance du prix de journée dû au titre des frais de participation à l'Accueil de jour, prends l'engagement de payer mensuellement et à terme échu, les frais de participation à l'Accueil de Jour, au Receveur du Trésor Public des Etablissements Hospitaliers, 51, rue du Commandant Derrien, 51022 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX.

Fait à, le

Lu et Approuvé
(Mention manuscrite)

Signature :
(Nom, Prénom, Qualité)

Partie réservée à l'administration :

- Date de l'enregistrement du dossier :
- Décision :

Identification des personnes à prévenir.

Souhaitez-vous être prévenus lors de l'hospitalisation de votre parent :

OUI

NON

Centre hospitalier choisi :

Souhaitez-vous être prévenus de la dégradation de l'état de santé de votre parent :

OUI

NON

Coordonnées de la personne à prévenir (qui se chargera de prévenir les autres proches du bénéficiaire) lors de ces évènements :

..... 
..... 

Si plusieurs personnes sont à prévenir par nos soins (mésentente familiale par exemple...) :

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

Renseignements médicaux :

(à remplir par le praticien hospitalier ou le médecin traitant)

Nom : **Prénoms :**

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

Pathologies actuelles :

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

Prise en charge à 100% : OUI NON

ALD :

Traitement actuellement en cours :

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

Intolérances médicamenteuses :

.....

Allergies :

Vaccinations :

Tétanos	OUI	Date :	NON
Grippe	OUI	Date :	NON
Pneumocoque	OUI	Date :	NON
Covid 19	OUI	Date :	NON

Antécédents :

➤ Médicaux :

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

➤ Chirurgicaux :

.....
.....

➤ Neurologiques éventuels :

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

➤ Conditions de vie durant les 5 dernières années :

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

Fiche médicale à remplir par le Médecin Traitant

NOM :
Né(e) le :

PRENOM :
POIDS :

RESIDENCE ACTUELLE

- 0 - DOMICILE
- 1 - MAISON DE RETRAITE
- 2 - SERVICE HOSPITALIER ACTIF
- 3 - SOINS DE SUITE / MOYEN SEJOUR.

ENTOURAGE

- 0 - CONJOINT VIVANT : OUI / NON
- 1 - CONJOINT AIDANT : OUI / NON
- 2 - NOMBRE D ENFANTS :

COHERENCE

- 0 - COHERENT
- 1 - PARTIELLEMENT COHERENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - INCOHERENT / INDETERMINABLE

COMMUNICATION

- 0 - LE FAIT AISEMENT
- 1 - LE FAIT AVEC DIFFICULTES
- 2 - PEU DE COMMUNICATION
- 3 - NE FAIT RIEN

ORIENTATION TEMPORO SPATIALE

- 0 - BIEN ORIENTE
- 1 - DESORIENTE PARTIELLEMENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - DESORIENTE / INDETERMINABLE

HUMEUR

- 0 - NORMALE
- 1 - ANXIETE / APATHIE
- 2 - TRISTESSE
- 3 - DEPRESSION

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - DEAMBULATION
- 2 - AGRESSIVITE
- 3 - DELIRE / CRIS
- 4 - AUTRES (ALIMENTATION, SOMMEIL, FUGUE, etc...)

MANIPULATION DES OBJETS USUELS

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - EN MANIPULE AISEMENT
- 2 - EN MANIPULE AVEC DIFFICULTE
- 3 - NE MANIPULE RIEN

VALIDITE GENERALE

- 0 - VALIDE
- 1 - AIDE AU LEVER
- 2 - SE DEPLACE AVEC DIFFICULTES
- 3 - AUCUN DEPLACEMENT

AIDE A LA VALIDITE

- 0 - AUCUNE AIDE
- 1 - MARCHE AVEC CANNE(S)
- 2 - DEAMBULATEUR
- 3 - ACCOMPAGNANT OBLIGATOIRE
- 4 - FAUTEUIL ROULANT UNIQUEMENT

VISION

- 0 - VOIT BIEN
- 1 - LUNETES
- 2 - MAL VOYANT
- 3 - NON VOYANT/INDETERMINABLE

ALIMENTATION

- 0 - PAS DE REGIME
- 1 - SANS SEL SIMPLE
- 2 - REGIME PARTICULIER
- 3 - PLUS DE 3 REPAS

AUDITION

- 0 - ENTEND BIEN
- 1 - APPAREILLAGE
- 2 - ENTEND AVEC DIFFICULTES
- 3 - NON ENTENDANT/INDETERMINABLE

TYPE D'ALIMENTATION

- 0 - NORMAL (y compris hachée)
- 1 - MIXE
- 2 - SONDE
- 3 - PERFUSION

PAROLE

- 0 - PARLE NORMALEMENT
- 1 - DISCRETE GENE
- 2 - PARLE AVEC DES DIFFICULTES
- 3 - NE PARLE PAS / INCOMPREHENSIBLE

FACILITE D'ALIMENTATION

- 0 - MANGE SANS AIDE
- 1 - AIDE PARTIELLE
- 2 - PREPARATION DU PLATEAU
- 3 - AIDE TOTALE

HYGIENE

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A INSTALLER OU A SUPERVISER
- 2 - TOILETTE PARTIELLE
- 3 - TOILETTE COMPLETE

CONTINENCE URINAIRE

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - SONDE URINAIRE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

HABILLEMENT

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A SUPERVISER
- 2 - AIDE PARTIELLE / INTERMITTENTE
- 3 - NE LE FAIT PAS

CONTINENCE ANALE

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - STOMIE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

SOINS INFIRMIERS

- 0 - SURVEILLANCE
- 1 - UNE OU PLUSIEURS FOIS / SEMAINE
- 2 - QUOTIDIENS
- 3 - PLURIQUOTIDIENS

KINESITHERAPIE

- 0 - AUCUNE
- 1 - ENTRETIEN
- 2 - PASSIVE AU LIT
- 3 - INTENSIVE

ESCARRES

- 0 - PAS DE PREVENTION
- 1 - PREVENTION
- 2 - INFERIEUR A 5 CM²
- 3 - SUPERIEUR A 5 CM²

COMMENTAIRES :

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :

LE : _____, A : _____

CACHET :



Association LA CHENEVIÈRE
Résidence du Parc
51240 SAINT GERMAIN LA VILLE
N° 0511005052

COURRIER A L'ATTENTION DES FAMILLES DES RESIDENTS DE L'EHPAD ET DE L'ACCUEIL DE JOUR

Madame, monsieur,

L'EHPAD de st germain la ville est bien connue pour ses qualités de soins, d'accueil, et de prise en charge des résidents

Pour ceux qui ont connu par le biais d'un aîné ou d'un membre de votre famille, nous souhaiterions encore améliorer la partie animation qui n'est pas dotée dans le budget général.

Pour ce faire, nous avons créé une association qui peut recevoir des fonds, des adhésions de 15 euros par an et en retour vous pourrez bénéficier d'une attestation de don déductible de vos impôts.

Cette association a pour but d'acheter des jeux de concentration, de mémoire, d'activités intellectuelles, faire venir des artistes, des musiciens etc....

Si vous avez du tissu, de la laine, nous sommes preneurs

Cet élan de générosité est nécessaire pour maintenir cet établissement, parmi les meilleurs de la région, et peut-être qu'un jour un membre de famille ou vous-même serons ravis de bénéficier de conditions exceptionnelles, d'un encadrement de bienveillance

Vous trouverez ci-joint un coupon-réponse, et nous tenons par avance, vous remercier pour votre générosité, et votre solidarité.

.....
Coupon-Réponse (cocher les cases correspondantes)

NOM(S) :PRENOM(S) :

Non, je ne suis pas intéressé(e)

Oui je souhaite adhérer à l'Association en réglant :

Par chèque à l'ordre de l'association la Chenevière

Par virement IBAN

FR76 1027 8088 5100 0202 1320 140