

**DEMANDE D'ADMISSION EN ACCUEIL DE JOUR sur le territoire Val de
Lorraine / Partie médicale**

➤ **Identification administrative**

Nom : _____
Prénom : _____
Date et lieu de naissance : ___/___/_____ à _____ ou Etiquette du patient
Adresse : _____
Téléphone : _____

Origine de la demande d'accueil de jour :

- La famille L'ESAD
 Prestataire de service Le Médecin traitant
 Hôpital, Consultation mémoire (site Pont-à-Mousson)
 service : Consultation Mémoire (site Pompey)
 Le réseau RESAVAL Autre :...
 Le SSIAD

Site d'accueil de jour du territoire souhaité par le(a) patient (e) (* notez par ordre de préférence 1, 2 ou 3):

- Faulx Pompey (sites d'Orlan ou Aloïs) Pont-à-Mousson St François

Antécédents médicaux

Troubles cognitifs: Oui Non
 Si oui ; Précisez le profil cognitif (Alzheimer, fronto temporal, vasculaire...) diagnostiqué le :

 Diagnostic porté par le médecin spécialiste suivant :
 Dernier MMS (date et score) :
 Grille SEGA effectuée : Oui (à joindre en annexe) Non
 Dernier poids connu :
 Dispositif médical : Oui Non
 Lequel :
 Antécédents médicaux et chirurgicaux autres :

Symptômes psycho comportementaux :

	OUI	NON		OUI	NON
Idées délirantes			Anxiété		
Hallucinations			Apathie		
Agitation, agressivité			Désinhibition		
Dépression			Comportements moteur aberrants		
Troubles du sommeil					

Traitement actuel : (fournir une copie de l'ordonnance)

Objectifs médicaux attendus : par le médecin traitant par le médecin spécialiste (si consult mémoire)

Evaluation de l'autonomie :

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives).

COMPLEMENT DE L'ESTIMATION DE L'AUTONOMIE	OUI	NON
Monte et descend les escaliers		
APA (allocation personnalisée d'autonomie) Si OUI : n° de dossier du bénéficiaire :		
GIR estimé par APA (score GIR)		
Habitudes alimentaires : Régime : lequelTexture : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée		
Consomme de l'alcool Quantité :		
Porte des lunettes Si oui : <input type="checkbox"/> de loin <input type="checkbox"/> de près Dernière consultation ophtalmologique :		
Port d'un appareil auditif : <input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Oreille gauche		
Port d'une prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas		

Grille AGGIR			A	B	C
1	Cohérence	Converser et/ou se comporter de manière sensée			
2	Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
3	Toilette	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		Bas : membres inférieurs, régions intimes			
4	Habillage	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête			
		Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceinture, bas, chaussures			
		Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
5	Alimentation	Se servir			
		Manger les aliments séparés			
6	Elimination	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
7	Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir			
8	Déplacements à l'intérieur	Avec ou sans cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc. ¹			
		Préciser la notion de chutes			

Je soussigné(e), Dr....., certifie que Mme, Mr....., âgé(e) de ans ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité et peut participer aux activités proposées par l'accueil de jour.

Date, signature et cachet :