



**Accueil de Jour**

**L'Hippocampe**

Résidence La Valoine

Place de Leun

BP 106

87220 FEYTIAT



**Accueil de jour pour personnes âgées  
atteintes de la maladie d'ALZHEIMER  
ou maladies apparentées**

# DOSSIER D'INSCRIPTION

(Version n° 9 du 11.12.2014)

Téléphone : **05.55.48.37.37**

Télécopie : **05.55.48.27.57**

Messagerie : [accueildejour-feytiat@orange.fr](mailto:accueildejour-feytiat@orange.fr)

**Vous souhaitez faire une demande d'inscription  
pour une prise en charge à l'accueil de jour  
« L'Hippocampe » de Feytiat**

**Merci de bien vouloir remplir :**

- ✓ **Le volet administratif (renseignements)**

**Faire remplir par le médecin traitant :**

- ✓ **Le volet médical comprenant :**
  - ✓ **Le compte rendu médical**
  - ✓ **La grille AGGIR dûment complétée et signée**
  - ✓ **la dernière ordonnance en cours**

➔ **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 un extrait d'acte de naissance**
- Attestation papier Sécurité Sociale**
- Copie de la carte de mutuelle en cours de validité**
- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition**
- Attestation de responsabilité civile**

**et si nécessaire :**

- Copie du jugement tutelle ou curatelle**
- Copie notification APA à domicile**
- Copie du plan d'aide APA à domicile**

*Le dossier sera examiné si toutes les pièces nécessaires sont fournies*

**à Mme Corinne JUST**  
Infirmière Coordinatrice  
Accueil de Jour L'Hippocampe  
Résidence La Valoine – Place de Leun. BP 106  
87220 FEYTIAT

## VOLET ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL :

NOM patronymique : ..... PRENOMS : .....

NOM d'usage : ..... NOM de jeune fille : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

Nationalité : .....


Adresse actuelle : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphone : .....

SITUATION FAMILIALE :  joindre photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance

- Marié(e)
- Veuf (ve) :
- Divorcé (e) :
- Célibataire :
- Union Libre :

Est-il (elle) sous un régime de protection juridique ?  joindre si il y a lieu une photocopie du jugement

- Tutelle
- Curatelle

Nombre d'enfants :

NOM ADRESSE DES ENFANTS :

NOM	ADRESSE	TELEPHONE


### Sécurité Sociale :

N° : .....  joindre une copie de l'attestation papier en cours de validité

NOM : .....

ADRESSE DE LA CAISSE : .....

## Mutuelle :

- OUI  joindre une photocopie de la carte de mutuelle en cours de validité  
 NON


N° : .....

NOM : .....


ADRESSE : .....

## Allocation personnalisée d'autonomie (APA):

Vous bénéficiez de l'APA à domicile :

- OUI  joindre une copie de la notification d'attribution et du plan d'aide.  
 NON

## Imposition :

 joindre une copie de l'avis d'imposition ou de non imposition

## Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## Infirmière à domicile (si il y a lieu) :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## Personne(s) à Prévenir :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone mobile : ..... Téléphone bureau : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone mobile : ..... Téléphone bureau : .....

**Personne de confiance (loi 2002-303 du 04 mars 2002) :** *Personne qui sera consultée au cas où l'utilisateur serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance accompagne l'utilisateur dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

Nom : .....

Téléphone fixe : .....

Adresse : .....

Téléphone mobile : .....

.....

Lien de parenté : .....

## Histoire de vie :

Ancienne Profession : .....

Origine culturelle : ..... Religion pratiquée : .....

Evénements marquants de la vie : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Habitude de vie :

Goûts : .....

Passions : .....

Loisirs : .....

Dégôts culinaires : .....

.....

.....

Autres : .....

.....

.....

.....

Actuellement vous vivez :

- seul(e)
- avec votre conjoint
- chez votre famille
- en institution, laquelle .....
- autre : .....

## Habitudes quotidiennes :

Sieste

Habitudes particulières pour aller aux toilettes (à préciser si il y a lieu) :

.....  
.....

Autres (à préciser) :

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

## Type de prise en charge demandée :

Vous souhaitez être pris en charge en :

Accueil régulier en journée (hors dimanche, jours fériés)

Nombre de jours par semaine souhaités :  (de 1 à 5)

Accueil en demi-journée

Transport :

Oui

Non

Le futur usager se déplace-t-il en fauteuil roulant :

Oui

Non

*NB : En accueil à la demi-journée, le transport est obligatoirement assuré par la famille ou l'aidant.  
Pour les usagers habitant à plus de 20 km, le transport est assuré par leurs propres moyens*

Date d'entrée souhaitée : ...../...../.....

## Tarifs 2014 : possibilité de prise en charge par l'APA à domicile (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

**Accueil régulier : 17,50 € /jour** (repas compris)

En accueil régulier le transport est organisé par la structure.

Tarifs transport : (déduction faite de l'aide la CPAM à hauteur de 11,62 €)

→ De 0 à 10 km (aller/retour): forfait 3,80 €

→ Au-delà de 10 km (aller/retour): forfait 3,80 € + 1,30 € le km supplémentaire

**Accueil demi-journée : 13,50 €**

En accueil à la demi-journée, le transport est assuré par la famille ou l'aidant.

## Signatures

Date :

et/ou

Date :

Signature

Signature

de l'utilisateur :

du représentant :

# VOLET MEDICAL

## COMPTE-RENDU MEDICAL

(à faire remplir impérativement par le médecin traitant et à remettre sous plis confidentiel

à l'attention du Médecin Coordonnateur)

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Poids : .....

Taille : .....

### Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

⇒ *En cas de problème pulmonaire joindre la dernière radio du thorax*

### Traitements en cours :

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

⇒ *Joindre la dernière prescription*

### Allergie(s) :

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

### Vaccinations :

- Grippe      Date : .... / .... / .....
- Tétanos      Date : .... / .... / .....
- Autres      Date : .... / .... / .....

## Régime alimentaire :

- Diabétique
- Sans-sel
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Texture adaptée de type :
  - Mixée
  - Hachée
  - Epaisse

## Autonomie/dépendance

→ Remplir la nouvelle grille d'autonomie AGGIR ci-après.



# GRILLE AGGIR

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Date de l'évaluation : ...../...../.....	NE FAIT PAS	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose pb	
1- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>NE FAIT PAS</b> : si la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée alors les 4 cases suivantes sont cochées d'office.</p> <p><b>S T C H</b> : si la personne fait même difficilement, quand les conditions pour l'adverbe NE SONT PAS REMPLIES</p> <p><b>S</b> : Ne fait pas Spontanément</p> <p><b>T</b> : Ne fait pas Totalement</p> <p><b>C</b> : Ne fait pas Correctement</p> <p><b>H</b> : Ne fait pas habituellement</p> <p><b>Aucun Adverbe ne pose problème</b> :</p> <p>l'activité est réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne. Cette case a été ajoutée afin d'être certain que l'utilisateur n'a oublié aucune activité. Lorsque cette case est cochée, les cases qui précèdent ne sont d'office pas cochées.</p> <p style="font-size: 24px; margin-top: 20px;"><b>GIR</b> : <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>
2- Déplacements intérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- Toilette haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- Elimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- Habillage haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- Alimentation se servir manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- Déplacements extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13- Activités temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14- Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15- Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16- Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17- Cohérence communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je soussigné, ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

M.....

Date :

Signature :

## VOLET à conserver

En cas d'acceptation du dossier, ce qu'il faut savoir :

### EFFETS PERSONNELS A PREVOIR :

Si incontinence :

- ✓ Tenue de rechange
- ✓ Protections (si nécessaire)

Pour tous :

- ✓ Carnet de liaison avec ordonnance en cours (même si l'utilisateur n'a pas de médicaments à midi)
- ✓ Médicaments si prise à midi ou durant la période de l'accueil.

### LES HORAIRES :

- Accueil régulier à la journée : 9h00 à 17h00
- Accueil en demi-journée (à titre exceptionnel) : 13h30 à 17h00

L'accueil de Jour est fermé les week-end et jours fériés, une semaine à Pâques, une semaine en octobre et une semaine à Noël.

### LES TARIFS :

- Accueil régulier : 17,50 € /jour (repas compris)  
En accueil régulier le transport est organisé par la structure.
- Accueil demi-journée : 13,50 €  
En accueil à la demi-journée, le transport est assuré par la famille ou l'aidant.
- Tarifs transport : (déduction faite de l'aide de la CPAM à hauteur de 11,62 €)
  - ➔ De 0 à 10 km (aller/retour): forfait 3,80 €
  - ➔ Au-delà de 10 km (aller/retour): forfait 3,80 € + 1,30 € le km supplémentaire

### MODALITES DE PAIEMENT :

- ✓ Règlement par chèque, sur facture mensuelle, à l'ordre de TP Limoges Banlieue.