



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

DOSSIER D'ADMISSION
ACCUEIL DE JOUR
« LES CYPRES »

Nom, prénom de naissance : _____

Nom de jeune fille : _____

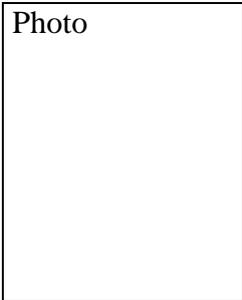
Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Date d'admission : _____

Date de sortie : _____

Photo



Médecin traitant : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Référent familial : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Courriel : _____ @ _____



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

RECUEIL DE DONNEES

PERSONNES A PREVENIR

Nom, prénom	Lien de parenté	Tél domicile	Tél portable

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Lien de parenté :

Directives anticipées : OUI NON

ADRESSE DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Possède les clés : OUI NON



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

TUTELLE CURATELLE SAUVEGARDE DE JUSTICE

Nom et coordonnées :

SITUATION FAMILIALE

CELIBATAIRE MARIE (E) VEUF (VE) depuis

PACS DIVORCE (E) SEPARE (VE) depuis

COUVERTURE SOCIALE

Organisme d'affiliation : _____

N° d'immatriculation : _____

Fournir impérativement une photocopie d'attestation de prise en charge par l'assurance maladie

TRANSPORT ASSURE PAR

FAMILLE ETABLISSEMENT

AUTRE : COMMUNAUTE DES COMMUNES Tél : _____

AUXILIAIRE DE VIE Tél : _____



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

GENEALOGIES

NOM ET PRENOM DU PERE :

NOM ET PRENOM DE LA MERE :

NOMBRE DE FRERE ET SŒURS :

NOMS-PRENOMS :

VIVANT

DECEDES

NOM ET PRENOM DU CONJOINT :

ANNEE DE MARIAGE :

NOMBRE D'ENFANTS :

Noms et prénoms :

NOMBRE DE PETITS -ENFANTS :

Noms et prénoms :



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

1. CONDITIONS DE VIE

- MAISON VIT EN FAMILLE AVEC :
- APPARTEMENT VIT SEUL(E)
- BOITE A CLES OUI POSSEDE LES CLES OUI NON
- CODE D'ENTRE : TELEALARME OUI NON
- INTERVENANTS :
- SOINS A DOMICILE AIDE MENAGERE
AUXILLIAIRE DE VIE INFIRMIERE
KINE

2. REGIME ALIMENTAIRE

- SANS SEL NORMAL MIXE LISSE
- DIABETIQUE NORMAL HACHE SANS SAUCE
- SANS GRAISSE MOULINE

BOISSONS NON APPRECIEES :

ALIMENTS NON APPRECIES :

INTOLERANCES ALIMENTAIRES :

TROUBLES ALIMENTAIRES : BOULIMIE OPPOSITION AUTRE

FAUSSES ROUTES (au liquide) FAUSSES ROUTES (au solide)

AIDE GESTUELLE PARTIELLE TOTALE

PROTHESE DENTAIRE OUI NON

HAUT BAS



Etablissement Public de Santé Docteur THUET
Soins de suite et de réadaptation - E.H.P.A.D.
Service de Soins Infirmiers à Domicile – Accueil de jour

- ACTIVITES

	AVANT	MAINTENANT
LECTURE LIVRE JOURNAL		
BRICOLAGE		
JARDINAGE		
TRICOT		
COUTURE		
CUISINE		
MENAGE		
CARTES		
JEUX DE SOCIETE		
TELEVISION ACTUALITE		
DESSIN		
ECOUTER DE LA MUSIQUE (chanteurs préférés)		
CHANT		
BRODERIE		
PEINTURE		
DANSE		
S'OCCUPER DES ANIMAUX		
SORTIE A L'EXTERIEUR (restaurant, théâtre, cinéma ...)		
PROMENADES (préciser)		
PRATIQUE D'UN SPORT		
AUTRES		

