

ACCUEIL DE JOUR

7 Boulevard Nicolas Thiessé

76440 Forges – Les – Eaux

DOSSIER D'INSCRIPTION



Téléphone : 02.35.90.50.93

Heures d'ouverture du secrétariat :

Lundi à jeudi 13h30 à 16h30

Vendredi 13h30 à 16h00

VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE
D'INSCRIPTION POUR UNE PRISE EN CHARGE
EN ACCUEIL DE JOUR

Nous sommes en mesure de vous accueillir si :

- Vous avez plus de 60 ans
- Vous souffrez d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée
- Vous avez toujours les compétences pour profiter d'une vie en société
- Vous vivez dans la région de Forges – Les - Eaux

Si vous remplissez ces conditions, merci de bien vouloir remplir :

1. Le volet administratif
2. Le volet médical (sous pli confidentiel) comprenant les renseignements médicaux, une grille AGGIR.
Joignez-y le compte-rendu de la dernière consultation mémoire, si possible, et la dernière ordonnance en cours

1) Le tout est à déposer à l'accueil de la maison de retraite (ouvert l'après-midi)

2) Nous vous contacterons ensuite pour envisager ensemble d'un rendez-vous à la « Parent'aise ».

Lors de cette visite, vous rencontrerez le médecin coordonnateur, le cadre de santé, l'équipe qui s'occupera de vous et nous visiterons ensemble la maison. Nous discuterons de l'organisation pratique de votre accueil et vous remettrons le contrat de séjour.

3) Signature du contrat qui nous sera réadressé au cours de la première semaine de votre fréquentation de la parent'aise

Au plaisir de vous rencontrer

L'équipe

VOLET ADMINISTRATIF

NOM-PRENOM :

Adresse du domicile :

Téléphone du domicile :

Coordonnées de la personne à prévenir :

Adresse mail de la personne à prévenir :

Type de prise en charge demandée :

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

Transport * **oui / non**

Aide technique au déplacement : si oui (précisez) / non

*possible si vous habitez dans un rayon de 10 km en périphérie de Forges-les-Eaux.

Renseignements TARIFS AU 01.01.2019 :

Hébergement + et – de 60 ans	41,55 €
Total à la journée	41,55 €



Forges-les-Eaux,
Le 02 mai 2017

2017/087
V.M./S.B.

OBJET : Mise en ligne du site internet de la Fondation Beaufils

Madame, Monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer de la création et mise en ligne du site internet de la Fondation Beaufils.

Vous pouvez consulter ce site en vous connectant sur le moteur de recherche « google » puis saisir « ehpad forges les eaux » (*accès direct en cliquant sur la case « site web » de l'encart à droite de votre écran*) ; ou directement via le lien suivant : <http://ehpad-forgesleseaux.fr/>.

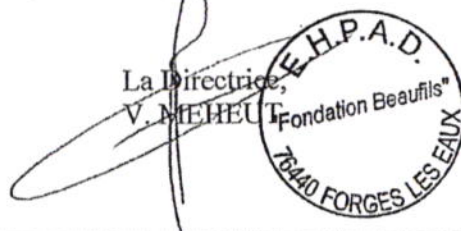
Vous y trouverez de nombreuses informations pratiques, ainsi que des éléments concernant la vie de l'établissement.

Toutes vos remarques ou suggestions seront les bienvenues.

Des Actualités seront régulièrement mises à jour sur le site. Aussi votre proche pouvant participer à des activités pour lesquelles des photos seront ajoutées sur internet, je vous remercie par avance de bien vouloir, dans l'hypothèse d'un REFUS de votre part, me transmettre en retour le coupon ci-joint. A défaut de réponse, l'établissement considérera votre ACCORD comme donné.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, en l'assurance de mes salutations distinguées.

La Directrice,
V. MEHEUT



Droit à l'image Site Internet

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur

Agissant en qualité de

N'autorise pas la publication de photos de Monsieur ou Madame

Le

Signature :

Autorisation de sorties

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Agissant en qualité de

Autorise Monsieur ou Madame

A participer :

Aux événements festifs au sein de l'établissement	oui	non
aux sorties (promenades, marche...)	oui	non

Le

Signature :

Droit a l'image

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Agissant en qualité de

Autorise la publication de photos de Monsieur ou Madame oui non

Le

Signature :

VOLET MEDICAL

A faire remplir par votre médecin traitant et à remettre sous plis confidentiel.

Y joindre une ordonnance récente.

Date de remplissage du dossier : -- / -- / ----

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

PRINCIPAUX ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

CONCLUSIONS DE LA CONSULTATION MEMOIRE : *(si possible)*

DIFFICULTES RENCONTREES AU DOMICILE :

TRAITEMENT EN COURS – difficultés d'administration rencontrées :

ALLERGIES :

VACCINATIONS :

REGIME ALIMENTAIRE prescrit :

GRILLE EVALUATION :

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

Signature et cachet du médecin :