



ENTRETIEN D' ACCUEIL DE JOUR

Date : Rendez-Vous le

Demandeur, à prévenir en priorité

Nom, Prénom Lien de parenté

Adresse

☎ Domicile ☎ Travail ☎ Portable

Autres personnes à prévenir pendant le séjour :

Parenté, Nom, Prénom Adresse ☎

Jour d'accueil : Lu, Ma, Me, Je, Ve

Nom (marital): Prénom : Née Né(e) le

Adresse actuelle :

Nb d'enfants : Profession Veuf(ve) depuis le

Domicile habituel, depuis le N° Sté Sociale

Adresse :

Pavillon Appartement en étage avec ascenseur vit seul ou avec

Aides à domicile : Repas Aide-ménagère Auxil.vie Infirmière Aide-soignante

Séjours en hôpital, SSR, Maison Repos, autres EHPAD :

<u>Autonomie :</u>		<u>Postulant</u>		<u>MOTIF ACCUEIL</u>	
Déplacement	seul <input type="checkbox"/>	aide <input type="checkbox"/>	TROUBLES	détectés en	
Manger	seul <input type="checkbox"/>	aide <input type="checkbox"/>	Traitement		
Toilette	seul <input type="checkbox"/>	aide <input type="checkbox"/>	Médicaments à midi ?	MMS	
Habillage	seul <input type="checkbox"/>	aide <input type="checkbox"/>	Occasionnel <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Incontinence	jour <input type="checkbox"/>	nuit <input type="checkbox"/>	Autres P. en Charge Orthophoniste, Kiné		
Gère ses médicaments	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Régime	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

Médecin traitant : Nom, adresse, ☎ Quest.Médical : remis rendu

..... Est-il prévenu et d'accord :

Neurologue: Nom, adresse, ☎

Relations avec la famille

A.P.A.(non, en cours, obtenue depuis le) GIR...N°

Prothèses, Lunettes, Appareils dentaires, auditifs, Pace-Maker

Hospitalisation si nécessité

Mode de Transport

Centres d'intérêt