



**CENTRE HOSPITALIER  
D'ARBOIS**  
23 rue de l'hôpital  
39600 Arbois



**DEMANDE D'ADMISSION**  
**ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER :**  
**L'HIPPOCAMPE**

Nom :

Prénom :

Date de la demande : -- / -- / --

Date de réception : -- / -- / --

**MERCI DE COMPLETER LE PRESENT DOSSIER EN CARACTERE D'IMPRIMERIE MAJUSCULE**

Nom du patient : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....

Numéro de téléphone : -- / -- / -- / -- / --

Situation de famille : Marié (e)  Vie maritale   
Veuf (ve)  Divorcé (e)   
Célibataire  Séparé (e)

Origine de la demande :

- personne elle-même :   
- famille :  à préciser : .....  
- structure médicale :  à préciser : .....  
- institution :  à préciser : .....  
- service social :  à préciser : .....  
- commune :  à préciser : .....

La personne prochainement accueillie est-elle :

◆ Consentante à cette démarche ? oui  non

Coordonnées de la personne à contacter en cas de problème médical, administratif ou autre :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....

Numéro de téléphone : domicile : -- / -- / -- / -- / --  
Portable : -- / -- / -- / -- / --  
Professionnel : -- / -- / -- / -- / --

Autre personne à contacter si toutefois le référent n'est pas joignable :

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

**Nom et coordonnées du médecin traitant :**

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

**Intervenants à domicile**(coordonnées):

**ADMR :** .....

.....

**Infirmière :** .....

.....

**Famille :**

.....

**SSIAD :** .....

.....

**Présence souhaitée au sein de l'établissement (à redéfinir lors de l'entretien avant l'entrée) :**

..... fois par semaine

**Transport :**

Assuré par la famille :Matin :oui  non

Soir : oui  non

Assuré par un professionnel désigné par l'hôpital\* : Matin :oui  non

Soir : oui  non

**coordonnées :** .....

.....

.....

*\* si autre professionnel, le transport ne pourra être pris en charge ni par l'hôpital ni par la caisse de l'assuré.*

**L'intéressé (e) fait-il (elle) l'objet d'une mesure de protection juridique ?**

Oui  Non

Si oui, Tutelle :

Curatelle :

Sauvegarde de justice :

**Coordonnées du mandataire :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Numéro de téléphone : domicile : -- -- / -- -- / -- -- / -- -- / -- --

Portable : -- -- / -- -- / -- -- / -- -- / -- --

Professionnel : -- -- / -- -- / -- -- / -- -- / -- --

Nom et Adresse de La Caisse d'Assurance Maladie : .....

.....

.....

Numéro de Sécurité Sociale : -- / -- -- / -- -- / -- -- / -- -- -- / -- -- -- / / -- -- /

Nom et Adresse de la Mutuelle Complémentaire : .....

.....

.....

Numéro Adhérent à la Mutuelle : .....

Ancienne situation professionnelle : .....

L'intéressé (e) est-il (elle) bénéficiaire de :

\*Allocation Personnalisée à Domicile (APA) : oui  non

Si oui, numéro de dossier et département : .....

\*Autre (ACTP, MTP)<sup>o</sup> : .....

.....

Adresse de facturation :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

**PIECES A FOURNIR**

- Carte vitale avec son **attestation** (à demander à la caisse de sécurité sociale si vous ne l'avez plus en votre possession)
- Carte de Mutuelle
- Notification APA
- Responsabilité Civile
- Engagement de payer ci-joint

**ENGAGEMENT DE PAYER**

Je soussigné (e) : .....

Demeurant : .....

.....

**DECLARE M'ENGAGER A REGLER LES FRAIS DE SEJOUR** pour moi-même, pour Monsieur, pour Madame : .....

Fait le ..... A .....

Signature du résident ou de son représentant (nom – prénom – qualité):



**CENTRE HOSPITALIER  
D'ARBOIS**  
23 rue de l'hôpital  
39600 Arbois



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER :**  
**L'HIPPOCAMPE**

Nom :

Prénom :

*Concernant votre patient qui souhaite être pris en charge à l'accueil de jour :*

❖ **Médecin traitant :**

❖ **Antécédents personnels :**

○ **Médicaux :**

○ **Chirurgicaux :**

○ **Troubles sensoriels (visuel et auditif) :**

○ **Troubles moteurs :**

○ **Poids :**

❖ **Médicaments habituels :**

❖ **Allergies connues :**

**Le syndrome démentiel a-t-il été investigué ?**

Oui  non

Si oui, quel diagnostic a été retenu (*merci de joindre une copie du gériatre ou du neurologue*)

Un traitement a-t-il été mis en place ?

Si oui, précisez lequel (*durée, arrêt éventuel*) :

Sinon, merci de donner des précisions sur les signes connus chez votre patient :

**Le patient a-t-il bénéficié récemment de tests d'évaluation :**

Oui  non

Si oui, merci de préciser lesquels et le résultat :

**Le patient présente –t-il des troubles psycho-comportementaux :**

Oui  non

Si oui, merci de les préciser :

Un traitement de crise est-il prescrit, si besoin lequel ?

--

**Concernant l'aidant(e) naturel(le) :**

Qui est (sont) l'aidant(s) naturel(s) ?
---

Le syndrome démentiel de votre patient a-t-il des conséquences sur le ou les aidant(s) ?
--

**Date et cachet du médecin traitant :**