

**DOSSIER DE DEMANDE EN VUE D'UNE ADMISSION EN  
ACCUEIL DE JOUR**

**Centre d'Accueil de Jour Azalée (CAJA)**

**DEMANDEUR** \*Le demandeur est la personne susceptible de bénéficier de l'Accueil de Jour

NOM : ..... PRENOM(s) : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

(Cadre réservé à l'administration)

**DATE DE DEPOT DU DOSSIER :**

**DATE D'ENTREE PHYSIQUE :**

**COMMENTAIRES DE L'ETABLISSEMENT :**

**AVIS MEDICAL D'ADMISSION :**

**DOSSIER A RETOURNER/DEPOSER A L'ADRESSE SUIVANTE**

Centre d'Accueil de Jour Azalée  
1 Rue Henri Lefebvre 28100 DREUX

**Ou par E-mail**

[psychomotcaja@ch-dreux.fr](mailto:psychomotcaja@ch-dreux.fr)

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Le présent dossier de demande est à compléter en vue d'une demande d'admission sur le Centre d'Accueil de Jour Azalée (CAJA).

**Attention** : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas une admission.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **Un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
- **Un volet médical** : il doit être complété par le médecin traitant. Ce volet va être transmis au médecin référent de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité à recevoir le bénéficiaire au regard des propositions de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la carte de mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie de la décision du juge des tutelles si nomination d'un mandataire, curateur ou tuteur
- Notification d'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) à domicile

**NB** : Pour tout renseignement complémentaire (attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie..), il convient de contacter le conseil départemental (MDA = maison départementale de l'autonomie).

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Monsieur    Madame

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : .....

### LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Rue : .....

Code postal : ..... Commune .....

Précisez s'il s'agit :

Du domicile

D'un accueil familial (si oui, précisez le nom/prénom/lien avec l'accueillant) : .....

.....

D'une résidence autonomie ou d'un foyer logement : .....

Autre : .....

Autres personnes vivants sous le même toit que le (la) demandeur(euse) :

Nom et prénom	Lien de parenté

**SITUATION FAMILIALE DU DEMANDEUR DE L'ACCUEIL DE JOUR**

- Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)
- Veuf(ve)

Nombre d'enfants : .....

**Conjoint(e) / Concubin(e) / Partenaire de Pacs du (de la) demandeur(euse)**

- Monsieur  Madame

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Nationalité : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : .....

**Est-il (elle) :**

- Retraité(e)  En activité  Autre

Adresse (à préciser si différente du (de la) demandeur(euse)) : .....

.....

**Si le (la) conjoint(e), concubin(e) ou membre du pacs est décédé(e), préciser la date :**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROCHE AIDANT**

\*Personne à contacter pour suivre le dossier, à prévenir en cas d'urgence, destinataire de tout courrier.

- Monsieur  Madame

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Lien de parenté : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : .....

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le (la) demandeur(euse) fait-il l'objet d'une mesure de protection :  oui  non  en cours

Si oui, de quel type :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Habilitation

Mandat de protection future :  Actif  Non actif

### Etat civil de la personne chargée de la protection juridique

Monsieur  Madame

Nom d'usage ou dénomination sociale du service désigné : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : .....

## AIDES EXISTANTES

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (MDA = Maison départementale de l'autonomie, assistance sociale ...) ? :  Oui  Non

Etes-vous bénéficiaire de l'APA = Aide personnalisée à l'autonomie ? :  Oui  Non

### Plan d'aide pour le maintien à domicile

Type de professionnel	Nom du professionnel ou du cabinet	Jours et fréquence
Infirmier		
Aide-soignant / auxiliaire de vie		
Aide-ménagère		
Kinésithérapeute		
Orthophoniste		
Psychologue		
Portage de repas		
Esa (Equipe spécialisée Alzheimer)		
Autre (préciser) :		

**DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SUR LE CENTRE AZALEE**

Personne à l'origine de la demande :  Demandeur  Famille  Représentant légal  
 Service social  Organisme  Autre (à préciser)

Consentement de la personne concernée :  Oui  Non

Motifs pour lesquels cette demande a-t-elle été formulé :

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

Date d'entrée souhaitée :  Immédiate  Dans les 6 mois  Echéance plus lointaine

Nombre de journées, ½ journées souhaitées : .....

Modalités de transport :  Famille  Etablissement (-15 km)  Taxi (ALD)

**AUTRES COMMENTAIRES**

Date de la demande : ...../...../.....

Signature de la personne concernée par la demande ou de son proche aidant :

## ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné (e), M. ou Mme .....

Demeurant.....

.....

.....

M'ENGAGE A PAYER régulièrement au Régisseur des Recettes, le montant des Frais d'Hébergement s'élevant par jour pour l'exercice 2020 à :

- + Tarif de jour : 29.35 €
- + ½ journée sans repas : 11.26 €
- + ½ journée avec repas : 17.57 €
- + tarif dépendance correspondant au GIR de la personne accueillie soit pour le :
  - GIR 1-2 = 9.33 €
  - GIR 3-4 = 5.92 €
  - GIR 5-6 = 2.51 €

De M.....accueilli(e) au Centre d'Accueil de Jour Azalée.

Cet engagement sera intégralement reconduit lors des changements de tarifs intervenant sur arrêtés du Président du Conseil départemental d'Eure et Loir, que ce soit en début ou en cours d'année.

Dans le cas où des difficultés financières personnelles viendraient à se présenter, je M'ENGAGE à en tenir informé la Direction, dès que possible, en vue de rechercher toute solution dans le cadre légal ou réglementaire.

Fait à ..... le.....

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal, précédée de la mention « Lu et Approuvé ».



## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

### JE SOUSSIGNE(E) :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

**AUTORISE le Centre Hospitalier de Dreux** représenté par Mr MONTAMAT agissant en qualité de DIRECTEUR GENERAL à me photographier.

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Pour l'utilisation strictement définie ci-après :
  - Diffusion dans le cadre des journées portes ouvertes, des plaquettes d'information, du livret d'accueil, des tableaux d'affichage, du support numérique blog, des supports vidéos ...
  - Diffusion à but informatif.
- Sur les supports suivants : Papier, numérique, internet, intranet, du centre Hospitalier de Dreux.
- Pendant une durée de 10 (dix) ans à compter de la date de signature de cette présente autorisation.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

Fait à : .....Le : .....

Signature(1)

---

(1) Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour accord ».



## DOSSIER MEDICAL (A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN)

**Demande urgente :**  Oui  Non

### PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'ADMISSION EN ACCUEIL DE JOUR

Monsieur  Madame

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

### COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ?  Oui  Non

Monsieur  Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Rue : .....

Code postal : ..... Commune .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : .....

La personne concernée par la demande est-elle suivie par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? :  Oui  Non .....

### INFORMATIONS CONCERNANT LA PATHOLOGIE NEURO DEGENERATIVE

\*Merci par ailleurs, si vous en disposez, de joindre les éventuels comptes rendus et bilans

#### 1 / ETIOLOGIE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer<br><input type="checkbox"/> Démence Vasculaire<br><input type="checkbox"/> Démence mixte<br><input type="checkbox"/> Démence à corps de Lewy<br><input type="checkbox"/> Démence fronto temporale<br><input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser) : .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
|---|--|

**2/ DIAGNOSTIC**

Date :

Le diagnostic a-t-il été donné :A la famille  Oui  NonA la personne concernée par l'admission :  Oui  Non

Nom et qualité du médecin à l'origine du diagnostic :

**3/ SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idées délirantes | <input type="checkbox"/> Apathie                                |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations   | <input type="checkbox"/> Désinhibition                          |
| <input type="checkbox"/> Agitation        | <input type="checkbox"/> Irritabilité / Instabilité de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Dépression       | <input type="checkbox"/> Déambulations                          |
| <input type="checkbox"/> Anxiété          | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil                    |
| <input type="checkbox"/> Agressivité      | <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit                  |

**TRAITEMENT ACTUEL**

\*Merci de joindre les ordonnances (Si ordonnances jointes, il n'est pas nécessaire de remplir ce cadre)

**HISTOIRE MEDICALE**

\*Merci par ailleurs, si vous en disposez, de joindre les éventuels comptes rendus et bilans

**1/ ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES****2/ ALLERGIES**

**3 / PATHOLOGIES ACTUELLES ET ETAT DE SANTE**ALD (Affection longue durée) :  Oui  Non**HABITUDES ET RISQUES SPECIFIQUES**

\*Merci par ailleurs, si vous en disposez, de joindre les éventuels comptes rendus et bilans

<b>1/ CONDUITE ADDICTIVE</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Tabagisme		
Alcoolisme		
Toxicomanie		
Sevrage en cours		

<b>2/ REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER</b>	<b>3/ APPAREILLAGES</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
	Fauteuil roulant		
	Déambulateur		
	Canne		
	Lit médicalisé		
	Orthèse .....		
	Prothèse .....		
	Pacemaker		
	Sonde urinaire		
	Oxygénothérapie		
	Autres (précisez) :		

<b>4/ DEFICIENCES SENSORIELLES</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Visuelle		
Auditive		
Gustative		
Olfactive		

<b>5/ RISQUES</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Chute		
Fausse route		
Fugue		

## 6 / GIR

Groupe Iso-Ressources :

(Cocher la ou les cases concernées)

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème
1. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Déplacements à l'intérieur		<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<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 à l'extérieur		<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 du 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"/>

**S : Spontanément      T : Totalemment      C : Correctement      H : Habituellement**

- ✚ C- NE FAIT PAS : 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, il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)
- ✚ B- S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend indispensable l'intervention d'un tiers.
- ✚ A- AUCUN adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

## 7 / MMS

-----/30

Date de la demande : ...../...../.....

Cachet et signature du médecin qui a renseigné le dossier :