



ADJ « LES SIGNOLLES »

FICHE D'ENREGISTREMENT

**DOSSIER DE DEMANDE  
D'ADMISSION  
Accueil de Jour**

Page : Page 1 sur 2  
Codification : E1-PC2-FE1  
Version : 3  
Date d'application :  
01/04/2017

Date réception du dossier (**à remplir par le service**) : ...../...../.....

**Accueil de Jour d'AJAIN**  
**LIGNE DIRECTE : 05 55 80 32 53**  
**TELEPHONE ADMINISTRATION : 05 55 80 95 00**  
**SITE INTERNET : [www.ehpadajain.fr](http://www.ehpadajain.fr)**  
**COURRIEL : [ssiad@ehpadajain.fr](mailto:ssiad@ehpadajain.fr)**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'USAGER**

Nom marital : .....Prénom : .....  
Nom patronymique : .....Situation familiale : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Adresse complète :  
.....  
Numéro(s) de téléphone : .....

**PERSONNE ETABLISSANT LA DEMANDE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE BESOIN**

**Première personne**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tel 1 : .....  
Tel 2 : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....

**Deuxième personne**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tel 1 : .....  
Tel 2 : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....

**Autres :**

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

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Organisme d'assurance maladie : .....  
Adresse : .....  
N° d'immatriculation : ..... Clé : .....



ADJ « LES SIGNOLLES »

FICHE D'ENREGISTREMENT

**DOSSIER DE DEMANDE  
D'ADMISSION  
Accueil de Jour**

Page : Page 2 sur 2  
Codification : E1-PC2-FE1  
Version : 3  
Date d'application :  
01/04/2017

**INTERVENANTS AU DOMICILE**

**Médecin traitant :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Equipe spécialisée Alzheimer :  Oui  Non

**Infirmière libérale :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Soins réalisés : .....

.....  
.....

**Aide à domicile :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Repas à domicile :  Oui  Non

**Autres :**

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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**PATHOLOGIES MOTIVANT LA PRISE EN CHARGE. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

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

**TRAITEMENT MEDICAL (liste des médicaments) :**

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