



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
COURRIEL : 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) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....