

DOSSIER D'ADMISSION

CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR L'INTERVALLE

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez faire une demande d'admission au Centre d'Accueil de Jour l'Intervalle pour une personne cérébro-lésée.

Pour bénéficier d'un accompagnement par notre service, la personne doit répondre aux conditions suivantes :

- Etre âgé de 18 ans à 60 ans maximum au moment de la première demande,
- Le diagnostic de la lésion cérébrale acquise brutalement et stabilisée doit être posé : Accident Vasculaire Cérébral, Traumatisme Crânien, tumeurs...,
- Etre domicilié en Indre-et-Loire, et si ce n'est pas le cas faire une demande au département d'origine (à la MDPH ou au Conseil Départemental)
- Disposer d'une orientation de la MDPH
- Ne pas avoir besoin de soins et de surveillance médicale constante
- Etre capable de communiquer de manière verbale ou non verbale
- Etre capable de participer à une vie de groupe
- Manger seul avec ou sans aides techniques
- Se déplacer seul avec ou sans aide technique
- Etre autonome pour se rendre aux toilettes
- Etre capable de gérer son matériel adapté

Afin de répondre à votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce dossier et de fournir les documents demandés.

Une fois ce dossier complété et transmis au Centre d'Accueil de Jour L'Intervalle, les professionnels pourront vous contacter.

1. Coordonnées de la personne concernée

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Personne à prévenir en cas d'urgence (*nom, prénom, lien, téléphone et adresse*) :

2. Situation familiale

Père :

Mère :

Epoux/se :

Enfants :

Entourage (*frères/sœurs, oncles, tantes, voisins, amis...*) :

3. Origine de la demande d'accueil au CAJ L'Intervalle

Nom/Prénom :

Lien avec la personne/organisme :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

4. Mesure de protection

Non

Oui :

Curatelle Simple

Curatelle renforcée

Tutelle

Habilitation familiale

Sauvegarde de justice

MASP

Nom et Prénom :

Lien avec la personne/organisme :

Adresse :

Numéro téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

5. Accompagnement dans la vie quotidienne

Auxiliaires de vie : oui non

PCH aide humaine, nombre d'heures :

Nom de l'association :

Responsable de l'association ou référent de votre situation :

Adresse :

N° téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Professionnels et/ou établissements intervenants dans votre situation (SAMSAH/SAVS/EQUIPE MOBILE...) :

Nom :

Contact téléphone et mail :

Autorisez-vous l'accueil de jour à prendre contact avec cet établissement ? oui non

| PLANNING DE LA PERSONNE (Activités, suivi médical...) | |
|--|--|
| LUNDI | |
| MARDI | |
| MERCREDI | |
| JEUDI | |
| VENDREDI | |
| SAMEDI | |
| DIMANCHE | |

6. Données médicales

Lésion cérébrale acquise :

Traumatisme Crânien Accident Vasculaire Cérébral Tumeur

Autre, précisez :

Date de la lésion :

Histoire médicale de la survenue de la lésion cérébrale :

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Traitement médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prise le midi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Pour la prise de médicament le midi, le pilulier ET l'ordonnance sont obligatoires.

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Autonomie dans la prise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles de l'audition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Déficience mentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Dates des Etablissements fréquentés (Centre de Rééducation, service spécifique) :

7. Déplacements

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Seul, sans aide technique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| A l'aide d'une canne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| A l'aide d'un déambulateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Assure ses transferts seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fatigabilité à la marche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Montée des marches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

8. Langage

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Communication verbale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Communication gestuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Compréhension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

9. Alimentation

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Mange seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avec l'aide d'un tiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Matériel adapté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eau gélifiée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eau gazeuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prothèse dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Risque de fausse route | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

10. Hygiène

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Va au WC seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Port de protections | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enurétique (Incontinence urinaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Encoprésique (Incontinence fécale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

11. Comportements

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres conduites addictives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Manifestations agressives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tendance à s'isoler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tendance à fuguer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

12. Troubles cognitifs

| | OUI | NON | PRECISIONS |
|---------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Mémoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Concentration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fatigabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

13. Vos centres d'intérêts

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

Vos attentes et demandes à l'Intervalle

.....
.....

Les attentes et demandes de vos proches

.....
.....

Nom, date et Signature de la personne concernée et de son représentant légal (tuteur/tutrice) :

Voici la liste des documents à joindre à ce dossier :

- **Compte-rendu de sortie d'hospitalisation du centre de rééducation**
- **Comptes rendus de professionnels (orthophonistes, neuropsychologues, kinésithérapeutes)**
- **Note sociale**
- **Copie de la carte d'identité recto/verso**
- **Copie de la carte vitale**
- **Copie de la carte de mutuelle, attestation en cours de validité**
- **Copie de l'ordonnance médicale : prévoir un pilulier pour vos médicaments**
- **L'autorisation de photo signée**
- **Tout autre document qui semblerait utile**

Nous restons à votre disposition et vous pouvez nous contacter à tout moment au 02 47 42 43 43.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

L'Equipe de l'Intervalle