

La Vertefeuille A.S.B.L.
Maison de repos – Maison de repos et de soins – Résidence-services
Court séjour – Accueil de jour



Chaussée de Renaix 194 - 7500 TOURNAI

www.vertfeuille.be

☎ 069/66.87.00

📠 069/66.87.11

Dossier d'inscription en centre d'accueil de jour

Ce centre est destiné à accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans. Cette structure permet à nos aînés, de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et adapté en fonction de leurs besoins. Elle permet aux aidants proches de pouvoir s'octroyer un peu de temps libre.

Afin d'assurer un accompagnement de qualité, notre équipe se compose d'une infirmière, d'une ergothérapeute ainsi que de deux soignants.

Nos objectifs visés sont :

- Pour la famille
 - Offrir un temps d'écoute, de conseil et de partage du vécu.
 - Faciliter la vie à la maison en travaillant sur des objectifs personnalisés.

- Pour les personnes âgées
 - Stimuler et maintenir les capacités de chacun.
 - Favoriser le contact social.
 - Valoriser et mettre en confiance pour positiver.

Le centre d'accueil de jour est **ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00**. (Sauf les jours fériés). L'aidant définit les jours de la semaine. Ces journées seront fixes.

Le prix de la journée est de : 19,65euros (à partir du 1^{er} Août 2020)

Ce prix comprend :

- Les repas du midi.
- Les animations.
- Les soins infirmiers.
- Le matériel d'incontinence.

A savoir :

Toute médication doit être fournie par le résident.

La Verteuille A.S.B.L.
Maison de repos – Maison de repos et de soins – Résidence-services
Court séjour – Accueil de jour



Chaussée de Renaix 194 - 7500 TOURNAI

www.verteuille.be

☎ 069/66.87.00

☎ 069/66.87.11

Fiche de renseignements
Inscription en centre d'accueil de jour

1. Identification

Nom et prénom du résident:.....	Vignette de mutuelle
Date de naissance/Age :	
Adresse :	
N° de registre national :	
Mutuelle :	

2. Personne de référence :

Nom et prénom: :

Adresse : :

N° téléphone privé : :

N° téléphone professionnel : :

Lien de parenté : :

Adresse mail :

3. Situation actuelle de la personne

- habite seul(e) à la maison
- habite chez un membre de sa famille
Lequel ?.....
Coordonnées :
- habite en résidence service ?.....

4. Aides à domicile

Soins Infirmiers :

Service d'aide familiale :

Autre : kiné – logo – etc.....

5. Entrée au centre d'accueil de jour :

Jour(s) souhaité(s) : Lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Heures d'arrivée :

Heure de départ :

Transport :

Nom du médecin traitant : Tél / GSM :

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil
ECHELLE D'ÉVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire

NOM –Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 N°d'inscription OA :

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
SE LAVER		Est capable de se laver complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENT		Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/ chaise percée et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

TEMPS		Pas de problème	De temps en temps, Rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - La catégorie 0 catégorie A Catégorie B Catégorie C Catégorie Cdément est demandée¹

- Un accueil en centre de soins de jour est demandé¹

Le praticien de l'art infirmier
(nom, date et signature)

ou le médecin- traitant
(nom, date et signature)

¹ Biffer la mention inutile.

DOSSIER MEDICAL (CAJ)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Tél :

Pathologie(s) actuelle(s)

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

Pathologie(s) présentant(s) des troubles cognitifs et/ou comportementaux

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

Diagnostic posé

(Pouvez-vous nous fournir une copie du rapport neurologique, s'il y a un diagnostic posé)

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

Antécédents médicaux

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

Antécédents chirurgicaux

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

Allergies particulières ou intolérances

.....

.....
.....
Régime particulier
.....
.....
.....

Traitements médicamenteux à l'entrée

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Souper	Coucher
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Soins spécifiques actuels (fréquences, heures,)

Insuline, TA,

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

Vaccinations

	Tétanos	Pneumocoque	Grippe	Autres
Date

Attitude thérapeutique

Etablie en accord avec le patient, la famille, l'équipe de soins, le médecin.

		Date	Signature
Hospitalisation	OUI - NON	.....	.....
Réanimation	OUI - NON	.....	.....
Acharnement Thérapeutique	OUI - NON	.....	.....
Attitude soins continus	OUI - NON	.....	.....

Remarques éventuelles :

La Vertefeuille A.S.B.L.
Maison de repos – Maison de repos et de soins – Résidence-services
Court-séjour – Accueil de jour

Chaussée de Renaix 194 - 7500 TOURNAI

www.vertefeuille.be

☎ 069/66.87.00

☎ 069/66.87.11



Tournai, le

Je soussigné,, Docteur en médecine

affirme que M.

n'est pas atteint(e) de maladie contagieuse et transmissible.

Cachet

Signature

Ordre médical permanent

Je soussigné(e) Docteurautorise le personnel infirmier à délivrer pour M. ou Mme, sans contact médical, les médicaments suivants pour les symptômes énumérés ci-dessous.

Relevé des problèmes potentiels	Nom du médicament ou molécule autorisée	Posologie	Signature du médecin
Mal de tête	
Douleurs muscu. et articulaires	
Vomissement	
Nausées	
Reflux gastrique	
Diarrhées	
Constipation	

Crampes abdominales	..... .....	..... .....
Température	..... .....	..... .....
Agitation	..... .....	..... .....
Angoisse	..... .....	..... .....
Insomnie	..... .....	..... .....
Hypotension si < à .....	..... .....	..... .....
Hypertension si > à .....	..... .....	..... .....
<u>Glycémie</u>			
Shéma si > à			
Shéma si < à .....	..... .....	..... .....

Je décharge le personnel infirmier de sa responsabilité.

Cachet et Signature

Le :

Prescription médicale d'une contention

Je soussigné, autorise le personnel soignant à appliquer une contention à :

M. Mme

.....
.....

en raison de :

- un risque de chute
- une déambulation excessive
- une agitation excessive, une confusion spatio-temporelle

La durée prévisible de la contention est de heures/jours.

Les risques suivants doivent être prévenus :

- escarres
- déshydratation
- fausses routes
- encombrement respiratoire
- constipation
- compressions
- incontinence
-

Programme de surveillance

Fréquence :

Matériel de contention à utiliser :

- Barrières de lit le jour (alitement)
- Barrières de lit la nuit
- Housse de lit
- Fauteuil avec tablette amovible
- Liens de poignets
- Gilet thoracique avec sangles
-

La prochaine évaluation médicale aura lieu le :

Cachet et Signature

Le :