Agrément MRPA/MRS 157.081.769
Chaussée de Renaix, 194 - 7500 Tournai
069/668700 - 069/668711
info.vertefeuille@lescorolles.be

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 ainés, 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, d'une éducatrice A1 formée à la méthode Senior Montessori, d'une éducatrice A2 formée en « Validation », d'une aide-soignante formée en phytothérapie et en « Validation » ainsi que d'une référente démence.

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). Les jours de fréquentations sont définis selon les disponibilités. Ces journées seront fixes.

Le prix de la journée est de : 26.98 euros. (A partir du 1er juin2026)

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.

Services proposés en supplément par la maison (hors mesures Covid-19) :

Coiffeuse et pédicure

Agrément MRPA/MRS 157.081.769
Chaussée de Renaix, 194 - 7500 Tournai
069/668700 - 069/668711
info.vertefeuille@lescorolles.be

Fiche de renseignements
Inscription en centre d'accueil de jour

Vignette de mutuelle

1. Identification

Nom et Prénom du résident : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° registre national : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

Gsm : .....

Adresse de facturation :.....

2. Personne de référence

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

N°de téléphone (privé) : ..... (professionnel) : .....

GSM : .....

Lien de parenté : .....

Adresse mail : .....

3. La personne est-elle sous administration provisoire ? Laquelle ?

.....

Coordonnées du responsable de la protection :

.....

4. Transport

Qui ?.....

Numéro de téléphone :.....

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 et /ou de perceptions (Démence frontale, vasculaire, à corps de lewi, AIT, AVC, Parkinson, Aphasie primaire progressive,…)

.....

.....

.....

Diagnostic posé (date du premier bilan et maladie en cause)

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

.....

.....

.....

Etes-vous suivi par un spécialiste ? neurologue, cardiologue, ...

.....

. .....

.....

.....

.....

Portez-vous un pacemaker ?

.....

Antécédents médicaux

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux

.....

.....

.....

Allergies particulières ou intolérances

	OUI	NON	Préciser allergène(s) responsable
Cutanées			
Médicamenteuse			
Respiratoire			
Alimentaire			

Régime particulier

.....

.....

.....

Traitements médicamenteux à l'entrée

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

Soins spécifiques actuels (fréquences, heures, ……)

Insuline, TA, Pansement,.....

.....

.....

.....

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	.....	.....

Remarques éventuelles : .....

.....

.....

.....

.....

Agrément MRPA/MRS 157.081.769
Chaussée de Renaix, 194 - 7500 Tournai
069/668700 - 069/668711
info.vertefeuille@lescorolles.be

Tournai, le .....

Je soussigné, ..., Docteur en médecine

affirme que M. .....

est négatif au **Test covid-19**

Cachet Signature

Agrément MRPA/MRS 157.081.769
Chaussée de Renaix, 194 - 7500 Tournai
069/668700 - 069/668711
info.vertefeuille@lescorolles.be

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) Docteur .....autorise 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	.....	.....	
Glycémie Schéma si >à..... ..... Schéma 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-temporielle

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)
- Gilet thoracique avec sangles
- .....

La prochaine évaluation médicale aura lieu le : .....

Cachet et Signature Le : .....

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire : **Numéro INAMI de l'institution :**……

NOM – Prénom :……..Numéro national :……

CRITERE	Nouveau 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 ou en dessous 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 DEPLACEMENTS		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 d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer 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 ou boire

		1	2	3	4
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du ……

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - ***la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie C Dément catégorie D est demandée*** [1]

- ***un accueil en centre de soins de jour est demandé*** [1]

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (*uniquement en cas d'aggravation*) :

C. Le Médecin (*obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle*) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable [1]	Date : ……../……/……	Signature

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.

Anamnèse

Nom/Prénom : .....

1. Nutrition et Alimentation

Portez-vous des prothèses dentaires ? Supérieur ou inférieur

Avez-vous des problèmes de déglutition ? OUI - NON

Avec les liquides ou les solides ? .....

Pour les liquides, utilisez-vous des épaississants ? .....

REGIME

Sans sel – diabétique – sans résidus – sans crudités – sans graisse – hypo.

TEXTURE

Entier – coupé – moulu – semi liquide

Prenez-vous des compléments alimentaires ?

.....

AIDE TECHNIQUE

Couvert adapté :.....

Assiette adaptée :.....

Bol adapté :.....

Verre adapté :.....

2. Adaptation et tolérance au stress

Accoutumance drogue / alcool / médicaments ?

.....

.....

Pouvez-vous boire un verre ? OUI-NON

Fumez-vous ? .....

3. Processus cognitif et perceptif

Portez-vous des lunettes et/ou lentilles ? .....

Si oui, dans quelle situation ?
Lire/écrire – regarder la TV – du lever au coucher – certaines activités

Portez-vous des appareils auditifs ? .....

4. Elimination

Vous arrive-t-il d'avoir des soucis d'incontinence urinaire ou fécale ?

	Continent	Incontinence diurne	Incontinence nocturne
Urines	.....	.....	.....
Selles	.....	.....	.....

Portez-vous des protections ? Quel type ?

.....

.....

Portez-vous du matériel de type sonde à demeure, cystocath,... ?

Depuis quand, pour quelle raison ?

.....

.....

Fréquence de l'élimination fécale ? Problème de constipation ? Fécalome ?

.....

Usage de laxatif ? Lequel ? Fréquence ?

.....

5. Motricité

Moyens utilisés pour se déplacer ? .....