

Dossier d'admission

Accueil de Jour



CONSTRUCTION D'UN EHPAD DE 94 LITS ET 8 PLACES D'ACCUEIL DE JOUR A AVIZE

EHPAD RÉSIDENCE AUGÉ COLIN

86 ALLÉE SIMON DINET

51 190 AVIZE

03 26 58 74 00

ACCUEIL@EHPAD-AVIZE.FR

Nom du médecin traitant :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Personne de confiance :

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté :.....

Adresse :

.....

Ville : **Code Postal :**

Téléphone domicile : **Téléphone mobile :**

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Personnes à prévenir :

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté :.....

Adresse :

.....

Ville : **Code Postal :**

Téléphone domicile : **Téléphone mobile :**

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté :.....

Adresse :

.....

Ville : **Code Postal :**

Téléphone domicile : **Téléphone mobile :**

Habitudes alimentaires :

Nécessité d'aide à l'alimentation : Oui Non

Boissons :

<input type="checkbox"/> thé	<input type="checkbox"/> avec sucre	<input type="checkbox"/> sans sucre
<input type="checkbox"/> café	<input type="checkbox"/> avec sucre	<input type="checkbox"/> sans sucre
<input type="checkbox"/> chocolat	<input type="checkbox"/> café au lait	<input type="checkbox"/> tisane
<input type="checkbox"/> eau gazeuse	<input type="checkbox"/> jus de fruits	<input type="checkbox"/> vin
<input type="checkbox"/> autres :		

Type de boisson bue dans la journée :

Aliments : **Aliments particulièrement appréciés :**
.....
.....

Aliments particulièrement non appréciés :

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

Collation : oui **Heure :** non

Consistance : normale coupée coupée fin

hachée mixée semi-liquide

Régime particulier : aucun anti-diarrhéique crème HP

sans alcool diabétique hépatique

pruneaux sans ferment hypocalorique

sans fibre sans résidu sans sel

Aide au repas : oui **Quel type :** non

Allergies alimentaires : oui **Lesquelles :** non

Intolérances alimentaires : oui **Lesquelles :** non

Complément : oui **Lesquelles :** non

Habitudes de vie :

Goûts :

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

Loisirs :

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

Jours d'accueil souhaités :

LUNDI - MARDI - MERCREDI - JEUDI - VENDREDI

Signatures :

Le participant

Le représentant

Le directeur