

INSCRIPTION

Conférence « La santé des aidants » du Mercredi 23 mai 2018 à 17h00 au Domaine du Doppelsburg à Hirsingue

Nom :

Prénom :

Adresse :

Participera à la conférence :

Oui Non

Ne participera pas à la conférence :

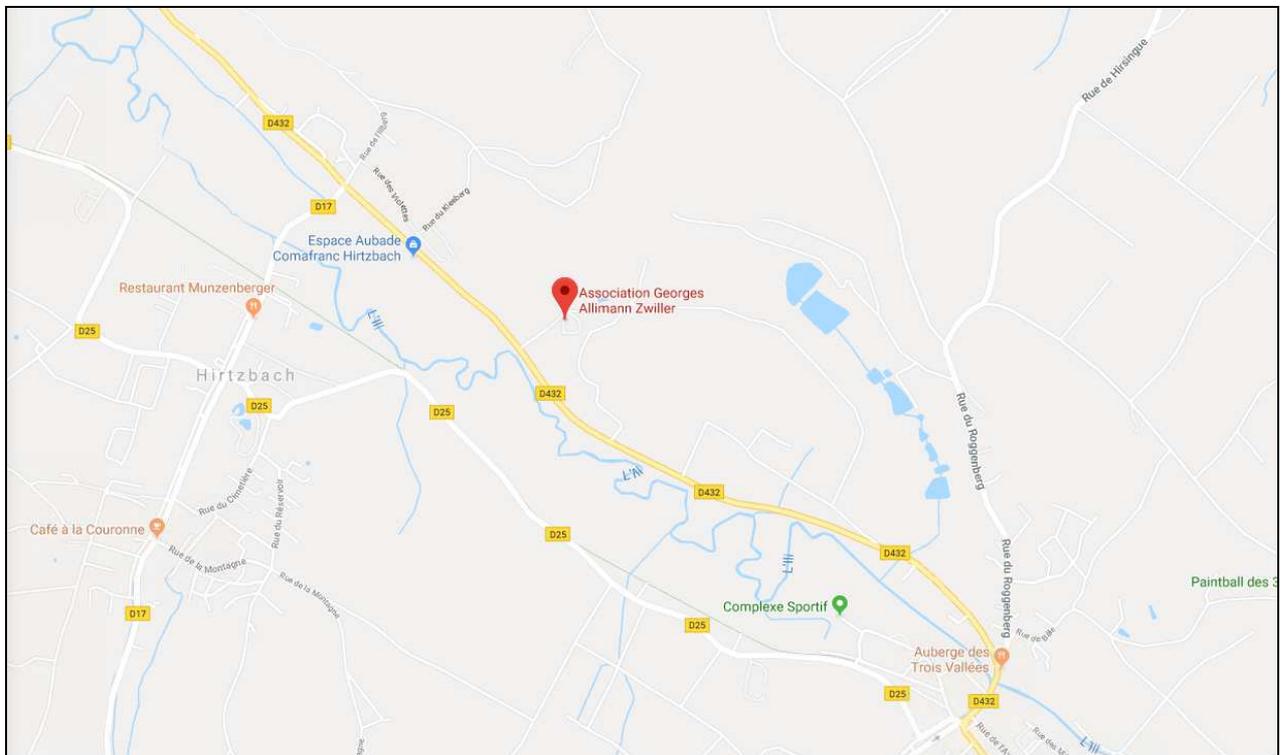
Oui Non

Votre N° de sécurité sociale :

Le N° de sécurité sociale de la personne que vous aidez :

Je souhaite une prise en charge de la personne que j'aide et l'inscris à l'accueil qui sera proposé au Domaine du Doppelsburg. Accueil des aidés à partir de 16h30.

Plan d'accès



(à compléter si prise en charge par le domaine du Doppelsburg)

**DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE
DE VOTRE PROCHE DANS LE CADRE D'UNE CONFERENCE
LE MERCREDI 23 MAI 2018**

Dans ce cadre et à cette date, vous avez souhaité que votre proche soit pris en charge durant la conférence dans nos locaux.

Il sera donc accueilli à 16h30.

Le financement de la prestation est assuré par la MSA.

VOS COORDONNEES

NOM : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone portable : _____

Personne à joindre en cas de problème : _____

Lien de parenté : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

IDENTIFICATION DE VOTRE PROCHE

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Date de naissance :/..... / 19.....

Pathologies : _____

AUTONOMIE – BESOINS

Mobilité :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marche sans difficultés | <input type="checkbox"/> Canne |
| <input type="checkbox"/> A besoin d'être soutenu par le bras | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |

REMARQUES

Alimentation :Normale OUI NON Régime OUI NON

Si « oui », merci de préciser : _____

Aide au repas OUI NON Allergies : ***Alimentaire** OUI (préciser) _____NON ***Autre** préciser _____**Communication :**S'exprime sans difficulté OUI NON S'exprime avec difficulté OUI NON A besoin d'aide pour s'exprimer OUI NON

Remarques : _____

Langue parlée _____

Elimination :Autonomie aux toilettes OUI NON

Si NON : nature de l'aide : _____

Incontinence OUI NON

Si votre proche a des problèmes d'incontinence, merci de penser à fournir les changes adaptés (vêtements de rechange, protection...).

PRISE DE MEDICAMENTS

Si votre proche doit prendre des médicaments, il faut impérativement nous remettre son traitement pour la journée dans un pilulier nominatif séparant les médicaments par horaires de prise. L'équipe se chargera d'aider votre proche à prendre son traitement.

REMARQUES_____

A,

Le,

Signature

Nous vous remercions de remettre ce document de prise en charge, signé, à l'équipe au moment où vous amenez votre proche. Sans ce document, votre proche ne pourra pas être pris en charge.

Coordonnées des partenaires concernés

Domaine du Doppelsburg Accueil de Jour 03.89.40.44.01	MSA d'Alsace Service Animation des Territoires 03.89.20.78.85
---	---