

## ***Informations pratiques concernant les centres de jours***

---

### **Où ?**

Le centre d'accueil et de soins de jour « **Les Figuiers** » se situe au rez-de-chaussée de la maison de repos et de soins des CAB (au n°10 de la rue Saint-Luc à 5004 Bouge).

Le centre de soins de jour « **Les Oliviers** » se situe près de la Résidence Services Sardanson, au n° 13 de la rue Sardanson à 5004 Bouge)

### **Quand ?**

Les centres de jour sont ouverts du lundi au vendredi de 8h à 17h30 et sont fermés les week-ends et les jours fériés.

Il n'est pas obligatoire de venir pour 8h et de repartir à 17h30, néanmoins il vous est demandé de venir avant 9h30 et de ne pas repartir avant 15h30.

Il est important de respecter cette consigne afin de ne pas perturber les activités et l'organisation mise en place.

### **Que prendre avec soi ?**

Il est demandé aux bénéficiaires de **venir avec des habits de rechange** (sous-vêtements, vêtements,...) car un petit accident est vite arrivé.

Il faut également prendre les médicaments du jour repris dans la fiche de traitement complétée par le médecin. Pour rappel, celle-ci doit être régulièrement actualisée par le médecin traitant. Il est donc indispensable que les médicaments apportés par le bénéficiaire correspondent à ceux inscrits sur la feuille de traitement.

De plus, nous vous conseillons de prévoir quelques médicaments de type : dafalgan, motilium, immodium,...

### **Qui contacter ? A quel numéro ?**

Vous pouvez joindre le service social au **081 / 21 97 12** si vous avez des questions. Vous pouvez également contacter directement le centre de jour lorsqu'il s'agit de prévenir d'un retard, d'une absence,...

« **Les Figuiers** » sont joignables au **081 / 219 796** ou au **081 / 219 896** et pour contacter « **Les Oliviers** » il faut composer le **081 / 219 778**

(Voir verso)



## DOSSIER A COMPLETER PAR LA FAMILLE

### **Données administratives :**

Personne concernée par la demande :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

N° Téléphone :

Mutuelle : (collez ici une vignette)

Pathologie :

Hôpital souhaité en cas de besoin :

Groupe sanguin :

Allergies médicamenteuses :

Coordonnées de la/les personne(s) de contact :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone (+GSM) :

Adresse :

Lien de parenté avec le bénéficiaire du Centre de Jour :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone (+GSM) :

Adresse :

Lien de parenté avec le bénéficiaire du Centre de Jour :

Coordonnées du répondant (ou personne responsable du paiement) :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone (+GSM) :

Adresse :

Lien de parenté avec le bénéficiaire du Centre de Jour :

**Habitudes de vie :**

Transferts :

Marche intérieure : seule – avec aide – en chaise roulante – avec une tribune

Marche extérieure : seule – avec aide – en chaise roulante – avec une tribune

Les soins d'hygiène :

Prothèse dentaire : oui - non    Lunettes : oui - non    Prothèse auditive : oui - non

Autonome pour la toilette : oui - non    Aide d'une infirmière au domicile : oui - non

Incontinence : oui – non → jour – nuit → urines - selles

Type de protection : .....

Autonome pour se rendre à la toilette : oui – non

Autonome pour l'habillage et/ou déshabillage : oui – non

Autonome pour l'essuyage : oui – non

Les repas :

Allergies :

Aliments non souhaités :

Aliments interdits :

Diabète : non – oui → insuline : oui - non

Café : lait - sucre    Thé : lait - sucre

Bière : brune - blonde    Repas : normal - moulu – mixé

Aide préalable pour couper la viande : oui - non

Sieste : non ou oui, fauteuil – lit

Remarques éventuelles :

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

**Contexte social :**

Motif de la demande :

Description brève du caractère et du comportement de la personne concernée :

Accueil et motivation de l'intéressé face à la demande :

La personne rencontre-t-elle des problèmes de mémoire ?

Comment la personne se situe-t-elle dans le temps :

pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totallement désorienté ou impossible à évaluer
-----------------	---	-----------------------------------	--

Comment la personne se situe-t-elle dans l'espace :

pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totallement désorienté ou impossible à évaluer
-----------------	---	-----------------------------------	--

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Données familiales

La personne vit :

- seule / avec le (la) conjoint(e)
- chez un parent
- autre

Epoux(se) :

Enfants :

Petits-enfants :

Arrière-petits-enfants :

Climat familial :

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

## Vie au domicile

Description de la situation :

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

Services mis en place :

aide-familiale :

soins de nursing :

dame de compagnie :

kiné :

location de matériel :

autres (pédicure, veilleuse, télé vigilance, femme d'ouvrage,...) :

- Aide de la famille :

- Aide des voisins :

Occupation

Croyance :

Etudes et/ou professions exercée(s) auparavant :

Activités appréciées :

- Gymnastique
- Activités manuelles (décors en fonction des saisons et des festivités du centre,...)
- Activités culinaires
- Activités cognitives (jeux de mots, de mémoire, de questions,...)
- Activités bien-être (relaxation, massages, manucure)
- Activités linguistiques (parole, expression orale, Wallon,...)
- Autres (hobbies) : .....

**Organisation au Centre de Jour (CJ)**

Fréquentation souhaitée :

Lundi                      Mardi                      Mercredi                      Jeudi                      Vendredi

Horaire approximatif de la journée au CJ :

- heure d'arrivée :
- heure de départ :

Moyen de transport :

- Camionnette CAB
- Véhicule personnel
- Autre : .....

Distance entre le domicile et le CJ : .....

Remarques éventuelles :

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

**Merci à vous d'avoir complété ce dossier avec soin ...**



**DOSSIER MEDICAL A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénom :

N° de téléphone (+GSM) :

Adresse :

Coordonnées du neurologue :

Nom : Prénom :

N° de téléphone (+GSM) :

Adresse :

Date du dernier rapport neurologique :

Résultat du dernier MMSE (test de mémoire) : ..... / 30

Antécédents médicaux :

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

Antécédents chirurgicaux :

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

Etat de santé actuel :

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

Traitement médicamenteux :



## **Echelle de KATZ**

**Nom :**.....**Prénom :** .....

<b>CRITERE</b>	<b>SCORE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
SE LAVER		peut complètement se laver sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au -dessus qu'au dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER.		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou sous la ceinture ( sans tenir comptes 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 se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire mécanique, ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaires mécaniques (béquilles, chaise roulante,...)	a absolument besoin de l'aide d'un 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
AIDE A LA TOILETTE		Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'aide pour un des 3 items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.	a besoin de l'aide pour 2 des 3 items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.	Doit être entièrement aidé pour les 3 items : se déplacer, s'habiller, s'essuyer.
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles ( sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction)	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		peut manger et 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
<b>CRITERE</b>	<b>SCORE</b>	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

ETAT DE LA PERSONNE	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		Scores
1. DIFFICULTES D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes.	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	
2. DERANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant.	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	
3. PERTE DE NOTION DE BIENSEANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, unier en dehors des commodités, cracher, ...	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	
4. COMPORTEMENT AGITE Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto-agressif et/ou agité psycho-moteur (déambulation, fugue, ...)	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	
5. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement: habits, mobilier, périodiques ... et/ou agressif à l'égard d'autrui.	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit.	1	Jamais	
	2	de temps en temps, rarement	
	3	presque chaque jour	
	4	continuellement, toujours	
	5	impossible à évaluer	

## **RAPPORT MEDICAL**

Je déclare:

A. Diagnostic principal: .....

Diagnostics accessoires importants : .....

.....

B. Description des affections et lésions qui justifient la demande: .....

.....

C. L'intéressé(e) se trouve dans la situation de dépendance comme décrite ci-dessus.

**LE MEDECIN-TRAITANT** (Cachet, date, signature.)