



*L'Intervalle*  
*Lieu-dit Bel-Air*  
*37390 La Membrolle sur Choisille*



Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le dossier de pré-admission pour le Centre d'Accueil de Jour l'Intervalle.

Merci de le renvoyer à :      L'Intervalle  
   Lieu-dit Bel-Air  
   37390 la Membrolle sur Choisille

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous prie d'agréer, Madame Monsieur, mes salutations les plus respectueuses.

Anne-Laure Hodimont  
Coordinatrice

*L'Intervalle*  
*Lieu-dit Bel-Air*  
*37390 La Membrolle sur Choisille*

---

Croix Rouge française association reconnue d'utilité publique (J.O. du 28 avril 1945)

L'Intervalle, Centre d'Accueil de Jour pour personnes cérébro-lésées

Tél : 02-47-42-43-43 fax : 02-47-42-43-29

e-mail : lintervalle.belair@croix-rouge.fr



## DOSSIER DE PRE-ADMISSION CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR « L'INTERVALLE »

Vous avez sollicité un accompagnement par le Centre d'Accueil de Jour pour une personne cérébro-lésée, ayant subi une lésion cérébrale acquise. Cette expression regroupe l'ensemble des pathologies qui résultent d'une atteinte physique du cerveau, qui est non évolutive : Traumatisme Crânien, Accident Vasculaire Cérébral, tumeur cérébrale stabilisée, anoxie cérébrale. La lésion cérébrale acquise peut générer un ensemble de troubles et séquelles, dont certains sont invisibles. Ils varient d'un individu à l'autre, par leur nature et par leur gravité.

Pour bénéficier de notre accompagnement, la personne doit répondre aux conditions suivantes :

- Etre âgé de 18 ans à 60 ans maximum au moment de la première demande, sauf dérogation
- Le diagnostic de la lésion cérébrale acquise brutalement (AVC, traumatisme crânien, tumeurs...) doit être posé
- Etre domicilié en Indre-et-Loire, et si ce n'est pas le cas faire une demande au département d'origine (à la MDPH ou au Conseil Départemental)
- Disposer d'une orientation de la MDPH
- Ne pas avoir besoin de soins et de surveillance médicale constante
- Etre capable de communiquer de manière verbale ou non verbale
- Etre capable de participer à une vie de groupe
- Manger seul
- Se déplacer seul avec ou sans aide technique
- Etre autonome dans l'élimination urinaire et fécale
- Etre capable de gérer son matériel adapté

Afin de répondre à votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce dossier et de fournir les documents demandés.

Une fois ce dossier constitué, le Centre d'Accueil de Jour vous contactera pour vous rencontrer si vous répondez aux critères d'admission.

### 1. Coordonnées de la personne concernée

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

Mesure de protection juridique (tutelle, curatelle) \_\_\_\_\_

Nom du responsable légal \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**2. Coordonnées de la personne à contacter au sujet de cette demande (professionnel ou famille) :**

Lien de parenté ou profession : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**3. Renseignements médicaux et sociaux :**

Pathologie \_\_\_\_\_

Date de la pathologie \_\_\_\_\_

Histoire et contexte de la pathologie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de sortie d'hospitalisation \_\_\_\_\_

Troubles physiques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Troubles cognitifs \_\_\_\_\_

---

---

---

Troubles du comportement \_\_\_\_\_

---

---

Conduites addictives \_\_\_\_\_

---

Autres établissements fréquentés (SAVS, SAMSAH...) \_\_\_\_\_

---

Merci de nous transmettre la copie des documents suivants :

- **Compte-rendu sortis d'hospitalisation**
- **Note sociale**
- **Et tous documents qui sembleraient utiles**

Signature