



Pôle EHPAD
Dossier d'inscription
en Hébergement temporaire
Gestion Administrative 02.96.44.57.92
ehpad.guingamp@armorsante.bzh

Afin de valider une demande d'accueil en hébergement temporaire en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) au Centre Hospitalier de Guingamp, merci de compléter cette fiche et de réunir les documents nécessaires. **Si vous le souhaitez une assistante sociale peut se rendre disponible pour vous accompagner dans votre démarche.**

Coordonnées des assistantes de service social :

Marie-Pierre LE PROVOST	Stéphanie LEFUR DESTAL	Françoise LE COR	Laura GUESNON
☎ 02.96.44.58.15	☎ 02.96.44.81.71	☎ 02.96.44.56.15	☎ 02.96.44.80.49

Personne accueillie

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Personne qui formule la demande :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Lien de parenté avec la personne accueillie : _____

Date de la demande : _____

Période d'accueil souhaitée : _____

Éléments nécessaires à la constitution du dossier administratif

- ✓ Copie du livret de famille ou à défaut d'une pièce d'identité
- ✓ Le formulaire d'engagement de payer signé par le demandeur
- ✓ La fiche de consentement
- ✓ Attestation de Sécurité Sociale
- ✓ Copie de la carte de Mutuelle
- ✓ Copie de la notification APA
- ✓ Certificat médical



Pôle EHPAD

NOTE D'INFORMATION

Vous avez fait une demande d'hébergement temporaire auprès de nos services, et nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

Notre établissement dispose de 4 lits d'accueil temporaire répartis ainsi :

- 1 lit sur la résidence Les Hortensias
- 3 lits sur la résidence Ti Nevez

Le choix de la résidence qui vous accueillera lors de votre séjour est déterminé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD en fonction de votre état de santé et de dépendance, dont il aura pris connaissance par le biais du certificat médical à joindre à votre demande.

Néanmoins, une rencontre préalable peut s'avérer nécessaire afin de s'assurer que la prise en charge proposée répondra au mieux à vos besoins en terme d'accompagnement.

Le planification de votre séjour est à votre convenance, sous réserve que la période choisie soit disponible. C'est pourquoi il est préférable, dans toute la mesure du possible, d'anticiper votre demande.

Une assistante sociale et une psychologue sont également présentes sur l'établissement et peuvent, à votre demande, se rendre disponible lors de votre séjour.

TARIF JOURNALIER AU 1^{ER} AVRIL 2023

(Personne de plus de 60 ans)

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

RESIDENCE LES HORTENSIAS

	Hébergement	Dépendance	Total
GIR 1 - 2	56.39	22.14	78.53
GIR 3 - 4		14.04	70.43
GIR 5 - 6		5.96	62.35

RESIDENCE TI NEVEZ

	Hébergement	Dépendance	Total
GIR 1 - 2	59.05	22.14	81.19
GIR 3 - 4		14.04	73.09
GIR 5 - 6		5.96	65.01

NB : Le Conseil Départemental estime que l'aide au financement de l'hébergement temporaire se fait par le versement direct au résident de l'APA à domicile.



Engagement de Payer Les frais d'hébergement à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Guingamp

(à remplir par le futur résident)

Je soussigné(e)

.....

Né(e) le à

Déclare par la présente :

- être informé(e) du prix de journée en vigueur au moment de mon inscription, s'élevant à :

Pour l'hébergement :

- 56.39 euros pour la résidence Les Hortensias
- 59.05 euros pour la résidence Ti Nevez

Pour la dépendance (selon le GIR) :

- GIR 1-2 22.14 euros
- GIR 3-4 14.04 euros
- GIR 5-6 5.96 euros

- m'engager à assurer le règlement des frais de séjour à la Trésorerie de Guingamp, pour le séjour qui se déroulera du au

Date :

Signature :
(précédée de la mention
« Lu et approuvé »)



Fiche de consentement

(à remplir par le futur résident ou, en cas d'impossibilité de celui-ci, par la personne qui se charge des démarches d'inscription)

Je soussigné(e).....

Né(e) le à

Déclare par la présente (**cocher la proposition correspondante**) :

Effectuer moi-même les démarches d'inscription en EHPAD / USLD.

Etre bien informé(e) des démarches d'inscription en EHPAD / USLD, effectuée par M/Mme..... et y consentir.

En cas d'impossibilité pour le futur résident :

Je soussigné(e).....

Déclare par la présente que M/Mme, pour qui j'effectue ces démarches d'inscription en EHPAD / USLD, a bénéficié d'une information adaptée à son état de santé, et que son consentement a été activement recherché, mais qu'il/elle n'est pas en mesure de donner son consentement écrit pour la/les raison(s) suivante(s) :

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

Date :

Signature :



**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Maigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies

Oui	Non	<i>si oui, précisez :</i>

Portage de bactérie multi résistante

Oui	Non	<i>si oui, précisez :</i>
Ne sait pas		
		<i>date du dernier prélèvement :</i>

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

Le Centre Hospitalier de Guingamp dispose de trois lieux de vie adaptés à l'hébergement permanent et temporaire de personnes âgées dépendantes.

Au sein de chaque résidence, une équipe pluridisciplinaire (soignante, animation et vie sociale, administrative, d'encadrement, médicale et une psychologue) vous accompagne de manière personnalisée et veille à votre qualité de vie.

Les chambres sont meublées et comprennent un cabinet de toilette privatif. Vous avez la possibilité d'apporter des objets personnels, ainsi qu'un téléviseur. Vous pouvez bénéficier d'une ligne téléphonique directe (prestation à votre charge).

L'hébergement temporaire

Nous disposons de 4 places en hébergement temporaire dont 3 places au sein de la Résidence Ti Nevez et 1 place à la Résidences Les Hortensias.

L'hébergement temporaire constitue un outil du maintien à domicile en offrant notamment un temps de répit à l'aidant. La période de réservation est à votre convenance, sous réserve de disponibilité, pour un séjour de 2 à 4 semaines renouvelable plusieurs fois sur l'année.

L'accueil de jour

Au rez-de-chaussée de la résidence des Hortensias, se trouvent également les locaux de l'accueil de jour de 10 places.

Il s'adresse aux personnes vivant à domicile, souffrant de pathologies neuro-dégénératives. L'Accueil de jour est un lieu d'écoute, de rencontres et offre des activités adaptées ; il permet également aux aidants de disposer d'un temps de répit.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à prendre contact auprès du secrétariat de l'EHPAD et de demander la plaquette dédiée.

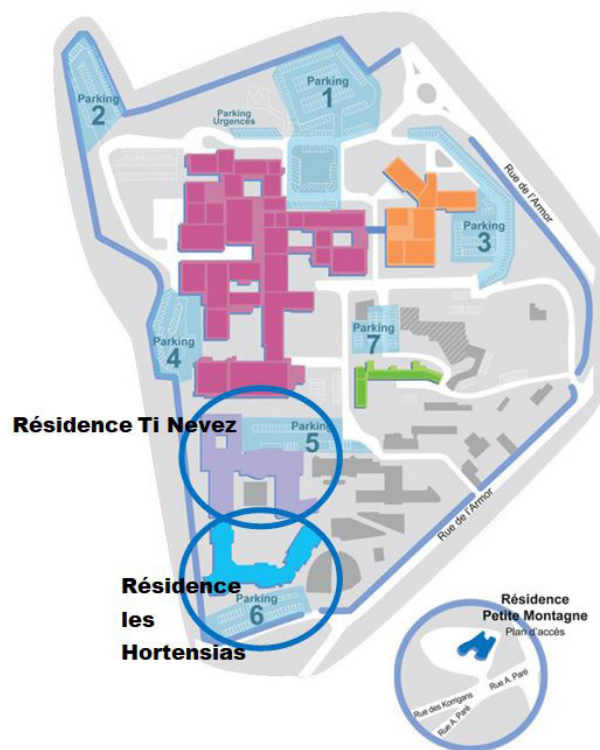
CONTACTS

Accueil et secrétariat : 02 96 44 56 58

Accueil de jour : 02 96 44 57 23

Mail : ehpad.guingamp@armorsante.bzh

www.ch-guingamp.fr
17-19 rue de l'Armor
22 200 GUINGAMP



EHPAD USLD

(Unité de Soins Longue Durée)



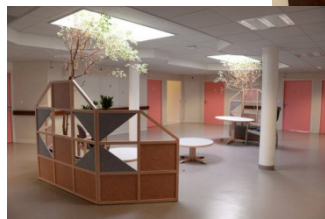
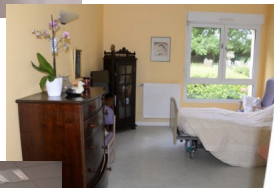
Résidence La Petite Montagne



La résidence de la Petite Montagne, située rue Ambroise Paré à Pabu, à proximité du Centre Hospitalier, accueille 60 résidents, des personnes semi-autonomes présentant des troubles cognitifs et des personnes âgées dépendantes.

Elle est au cœur d'un parc arboré dont une partie est sécurisée. Ce parc permet notamment de développer des projets de jardinage (floral et potager).

Cette résidence dispose d'un système de détection des sorties des personnes désorientées (bracelets). Ce dispositif peut être proposé lorsqu'il est estimé nécessaire par l'équipe pluridisciplinaire.



Résidence Ti Nevez



La résidence Ti Nevez accueille 138 résidents au total et dispose de 126 chambres individuelles (dont trois chambres temporaires) et de 6 chambres doubles réparties sur :

- 4 unités de vie dites « classiques »

Ces unités accueillent des personnes âgées dépendantes dont l'état nécessite une surveillance et éventuellement des soins médicaux. Un jardin sécurisé permet aux résidents de profiter de l'extérieur et d'animations.

- 2 unités Alzheimer

Chaque unité de vie comprend 16 chambres réparties autour d'une pièce principale. Un patio permet l'accès à un espace extérieur. Ces unités accompagnent les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. En cas d'évolution de la maladie ou de pathologies associées, un déménagement vers une autre unité dite « classique » pourra être envisagé.

- 1 unité de Soins Longue Durée (USLD)

L'USLD est destinée à l'hébergement des personnes dont l'état de santé nécessite une surveillance et des soins médicaux importants. De ce fait l'équipe paramédicale de l'USLD est renforcée.



Résidence Les Hortensias



La résidence des Hortensias est située sur le bas du site du Centre Hospitalier de Guingamp.

Cette résidence est la plus proche du centre ville et bénéficie d'un arrêt « axéobus ».

Elle accueille 90 résidents, des personnes âgées autonomes et semi-autonomes ainsi que des personnes plus dépendantes.

Elle dispose d'une chambre d'hébergement temporaire.

Au rez-de-chaussée de la Résidence se trouve également les locaux de l'accueil de jour.

La résidence dispose d'un parcours d'activités santé seniors (PASS) aménagé, favorisant le maintien de l'autonomie et le bien-être.

