

Comment s'inscrire ?

Contactez l'équipe de l'accueil de jour qui vous renseignera et vous proposera un café rencontre dans les locaux pour faire connaissance et échanger sur le projet d'accompagnement.

Un dossier d'inscription est à télécharger sur le site internet de l'Hôpital de Guingamp ou à retirer à l'accueil administratif de IEHPAD Ti Nevez. Une fois complété, il doit être remis à ce même accueil administratif.

Quel est le tarif ?

Tarifs à la journée :

Hébergement: 23.58 €

Repas : 5.68 €

Dépendance : selon le GIR.

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), peut prendre en charge cet accueil dans le cadre du plan d'aide.

Nous pouvons vous renseigner et vous aider dans les démarches

Le transport

Si nécessaire, le transport, aller et retour, peut être assuré depuis votre domicile vers l'accueil de jour. L'établissement prend en charge le transport dans un rayon géographique de 25 km autour de l'accueil de jour (au-delà, la famille doit assurer prise en charge de celui-ci).

CONTACTS

Accueil de jour : 02 96 44 57 23

Psychologue : 02 96 44 80 15

Accueil administratif résidence Ti Nevez

Inscription-tarification : 02 96 44 57 92

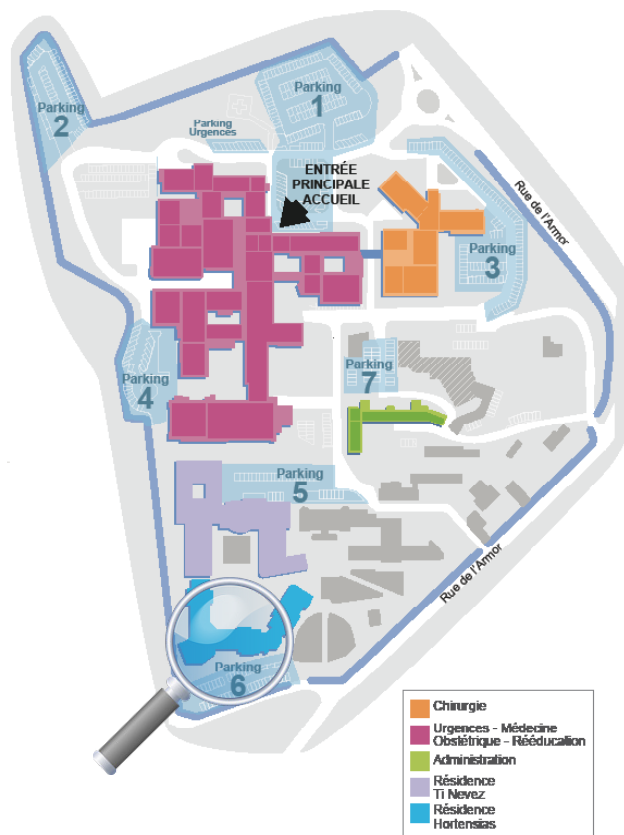
ADRESSE

Accueil de jour

Résidence Les Hortensias

17 rue de l'Armor

22 200 GUINGAMP



L'Accueil de Jour

L'accueil de jour est un lieu de vie qui accueille à la journée les personnes âgées de plus de 60 ans, vivant à domicile et présentant des troubles neurocognitifs (Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés).



Informations Pratiques

Accueil de jour de 10 places

*Ouvert du lundi au vendredi
de 9h30 à 16h30*

*Situé au rez-de-chaussée
de la Résidence Les Hortensias*

Les objectifs

- Pour la personne accueillie, l'accueil de jour permet :

- ↳ de préserver des contacts sociaux et participer aux animations collectives, en tenant compte des capacités et des choix de la personne

- ↳ de maintenir l'autonomie

- ↳ de partager des moments de convivialité

- ↳ de proposer une alternative à l'entrée en établissement et favoriser le maintien à domicile

- Pour la famille ou les aidants, l'accueil de jour a pour but :

- ↳ de proposer un temps de répit

- ↳ d'apporter des informations, des conseils

- ↳ de les soutenir dans l'accompagnement de leur proche

Les activités proposées

Des activités variées, stimulantes ou apaisantes sont proposées aux personnes accueillies. Les activités sont déterminées chaque jour, notamment en fonction des envies du groupe et des choix de chacun.

- ateliers mémoire,
- activités manuelles,
- ateliers cuisine,
- lecture,
- musique,
- jeux,
- gym doux,
- promenades



L'équipe

L'équipe se compose de :

- deux aides-soignantes
- une psychologue
- la cadre de santé de la résidence Les Hortensias
- un médecin gériatre

Leur mission est d'assurer un accompagnement personnalisé, en corrélation étroite avec la famille et les professionnels de santé intervenant à domicile.



Pôle EHPAD
Constitution d'un dossier d'Accueil de Jour

Gestion Administrative 02.96.44.57.92
nadege.geffroy@armorsante.bzh

Afin de constituer un dossier d'inscription en Accueil de Jour à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Guingamp, merci de compléter cette fiche et de réunir les documents nécessaires.

Accueil de Jour EHPAD
☎ 02.96.44.57.23

Nom :Prénom : _____

Adresse du domicile : _____

Date et Lieu de naissance : _____

Situation de famille : Célibataire- marié(e)-veuf(ve)- Divorcé(e)

Correspondant (si différent) :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Liste des pièces à fournir

- ✓ Copie du livret de famille et/ou de la carte d'identité
- ✓ Copie de la notification APA
- ✓ Copie de la notification de protection juridique (Tutelle, curatelle...) si existant
- ✓ Copie certificat de vaccination COVID 19

- ✓ Fiche de pré inscription

- ✓ Document médical

NOTE D'INFORMATION

Vous nous sollicitez afin d'intégrer l'unité d'Accueil de Jour de notre établissement et notre mission est de vous accompagner au mieux dans votre démarche.

L'Accueil de Jour offre 10 places d'accueil pour des personnes âgées de plus de 60 ans et souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et fonctionne du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30.

Nos objectifs sont l'accompagnement de la personne afin de lui permettre de rompre l'isolement, l'aider à préserver son autonomie, la mettre en situation d'échange et lui offrir de se sentir valorisée par des activités adaptées.

L'Accueil de Jour permet également de bénéficier de temps de répit réparateur pour l'aidant, de fournir un relais d'écoute et de soutien pour mieux comprendre les besoins du malade.

Afin de pouvoir intégrer l'Accueil de Jour, nous vous invitons à nous retourner le dossier d'inscription qui vous a été remis.

A réception de celui-ci, nous présenterons votre demande au Médecin Coordonnateur de l'EHPAD qui pourra donner une première évaluation de vos besoins et ainsi estimer nos possibilités à y répondre. Une rencontre et une période d'essai resteront toutefois indispensables afin de confirmer cette décision.

Votre demande sera ensuite inscrite sur liste d'attente et vous serez contacté dès que nous serons en mesure de vous proposer un accueil.

TARIF ACCUEIL DE JOUR AU 1^{ER} AVRIL 2024

TARIFS A LA DEMIE-JOURNEE

Hébergement		11.79 euros
Dépendance	GIR 1 et 2	9.88 euros
	GIR 3 et 4	6.26 euros
	GIR 5 et 6	2.66 euros

Prix du repas à compter du 1^{er} janvier 2024 : 5.68 euros



Centre Hospitalier
Guingamp

TARIF ACCUEIL DE JOUR AU 1^{ER} AVRIL 2024

TARIFS A LA JOURNEE

Hébergement	23.58 euros
-------------	-------------

Dépendance	GIR 1 et 2	19.76 euros
	GIR 3 et 4	12.52 euros
	GIR 5 et 6	5.32 euros

Prix du repas à compter du 1^{er} janvier 2024 : 5.68 euros

Date de la demande :

Date visite/rencontre:

Fiche individuelle

La personne accueillie

Nom (en majuscules).....Nom de jeune fille.....

Prénom (souligner le prénom usuel).....

Date de naissance.....

Profession (retraité ou ancienne profession).....

Adresse.....

Téléphone.....

L'aidant principal

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien de parenté avec la personne accueillie

Autre personne à contacter en cas d'urgence

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien de parenté avec la personne accueillie

Responsable de la facturation

Organisme :

Nom.....Prénom.....

Adresse.....



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES
ACCUEIL DE JOUR
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02.96.44.56.58 / ehpad.guingamp@armorsante.bzh

Téléphone.....

Lien de parenté avec la personne accueillie

Aides financières

APA

Caisses de retraite

Générales.....

Complémentaire.....

Autres.....

Situation familiale

Célibataire ☐ Marié ☐ Vie maritale ☐ Veuf ☐

Nombre d'enfants

Prénoms

.....
.....

Nombre de petits enfants

Prénoms

.....
.....

Nombre d'arrières petits enfants

Prénoms

.....
.....

Situation de vie

A domicile

Seul ☐ Conjoint ☐ Enfants ☐ Famille ☐ Famille d'accueil ☐ Autres ☐

Transport effectué par

VAD ☐ Famille ☐ Aide à domicile ☐ Taxi ☐

Accompagnement sociale à la mobilité ☐ Ambulance ☐ Autre ☐

Référents professionnels

Médecin traitant

Docteur.....
Adresse.....
Téléphone.....

Spécialiste(s)

Spécialité.....
Docteur.....
Adresse.....
Téléphone.....

Assistante sociale

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
Téléphone.....

Aide à domicile

Service d'aide à domicile

Nom.....
Adresse.....
Téléphone.....

Service soins infirmiers

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
Téléphone.....

CLIC

Adresse.....
Téléphone.....



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES
ACCUEIL DE JOUR
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02.96.44.56.58 / ehpad.guingamp@armorsante.bzh

Demandeur

Personne accueillie ☐ Famille ☐ Professionnel de santé ☐ Travailleurs sociaux ☐

Centre hospitalier ☐, précisez :

- ☐ Assistante sociale
- ☐ Equipe d'appui orientation
- ☐ Service des personnes âgées
- ☐ Services médicaux

Comment avez-vous eu connaissance de l'accueil de jour ?

.....

.....

.....

.....

.....

Problèmes de santé

Pathologie principale.....
Diagnostiquée le.....
Par.....

Autres pathologies

- ☐ Cardiaque
- ☐ Pulmonaire
- ☐ Epileptique
- ☐ Allergique
- ☐ Diabétique
- ☐ Autre (à préciser)

Alimentation

Difficultés

- ☐ Problème de mastication
- ☐ Problème de déglutition
- ☐ Manque d'appétit
- ☐ Refus de se nourrir
- ☐ Boulimie
- ☐ Autre (à préciser)

Mange

- ☐ Seul
- ☐ Avec aide

Régime alimentaire

- ☐ Sans sucre
- ☐ Sans sel
- ☐ Sans graisse
- ☐ Mouliné
- ☐ Autre (à préciser)

Hydratation

- ☐ Boit seul
- ☐ Réclame la boisson

- ☐ Perte de la sensation de soif
☐ Autre (à préciser)

Prise de médicaments

- ☐ Gère seul
☐ Ne gère pas
☐ Autre (à préciser)

A joindre obligatoirement au dossier :
Photocopie de la dernière ordonnance médicale (à mettre à jour à chaque changement)

Mobilité

Déplacements

A l'intérieur

- | | |
|--|---|
| ☐ Autonome | ☐ Avec canne |
| ☐ Avec déambulateur | ☐ Fauteuil roulant |

A l'extérieur

- | | |
|--|---|
| ☐ Autonome | ☐ Avec canne |
| ☐ Avec déambulateur | ☐ Fauteuil roulant |

Transferts

S'asseoir

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Seul | ☐ Avec aide |
|-------------------------------|------------------------------------|

Se coucher

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Seul | ☐ Avec aide |
|-------------------------------|------------------------------------|

Se lever

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Seul | ☐ Avec aide |
|-------------------------------|------------------------------------|

Appareillage

- ☐ Lunettes
☐ Prothèse auditive
☐ Prothèse dentaire
☐ Prothèse membre supérieur

- ☐ Prothèse membre inférieur
☐ Autre (à préciser)

Incontinence

Urinaire

- ☐ Aucune
☐ Parfois
☐ Totale

Fécale

- ☐ Aucune
☐ Parfois
☐ Totale

Dernière hospitalisation

Lieu.....
Service.....
Date.....

Demande d'hébergement temporaire

Lieu.....
Dossier déposé à.....
Le.....

Demande d'hébergement définitif

Lieu.....
Dossier déposé à.....
Le.....



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES
ACCUEIL DE JOUR
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02.96.44.56.58 / ehpad.guingamp@armorsante.bzh

Histoire de vie

Evaluation

Faite à

Par.....

Le.....

GIR.....

Tests

MMSdu.....

5 motsdu.....

Horlogedu.....

Revision

Faite à

Par.....

Le.....

GIR.....

Tests

MMSdu.....

5 motsdu.....

Horlogedu.....



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES
ACCUEIL DE JOUR
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP

02.96.44.56.58 / ehpad.guingamp@armorsante.bzh

Consultation pré-admission

Médecin hospitalier.....
Date.....

Observations

Avis médical



**ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES
ACCUEIL DE JOUR
CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP**

02.96.44.56.58 / ehpad@ch-guingamp.fr

Fiche de pré-inscription

Fiche individuelle de la personne accueillie :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Aidant(s):

Nom:

Prénom:

Adresse:

Téléphone:

Lien de parenté avec la personne accueillie :

LA DEMANDE à l'équipe de l'accueil de jour:

Non du demandeur:

Quels sont les raisons de votre demande ?

(merci d'expliquer en quelques phrases, ce qui motive votre demande)

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin spécialiste :

Antécédents médicaux :

Dernière hospitalisation : Lieu :

Date :

Etes vous en contact avec le CLIC ? OUI – NON

Etes-vous en contact avec une assistante sociale ? OUI – NON

- Si oui, merci de nous indiquer son nom et ses coordonnées :

Bénéficiez-vous d'un Plan APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) : OUI - NON

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

Taille

Poids

Amaigrissement
récent²

Oui

Non

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI ☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			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 : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ 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	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³	Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
Elimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
					Comportement moteur aberrant :		
					- déambulations pathologiques		
					- gestes incessants		
					- risque de sorties non accompagnées		
Alimentation	Bas				Troubles du sommeil		
	Se servir				Troubles de l'appétit		
	Manger						
Alerter							
Orientation	Temps						
	Espace						
Cohérence	Communication						
	Comportement						

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

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 :		

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