

*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.



Centre Hospitalier

**Guingamp**

## TARIF ACCUEIL DE JOUR AU 1<sup>ER</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2024 : 5.68 euros



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

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](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

Téléphone.....

Lien de parenté avec la personne accueillie .....

**Aides financières**

APA .....

**Caisses de retraite**

Générales.....

Complémentaire.....

Autres.....



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

**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



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

**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](mailto: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



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

- 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](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

Histoire de vie



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

**Evaluation**

Faite à .....

Par.....

Le.....

GIR.....

**Tests**

MMS .....du.....

5 mots .....du.....

Horloge .....du.....

**Revision**

Faite à .....

Par.....

Le.....

GIR.....

**Tests**

MMS .....du.....

5 mots .....du.....

Horloge .....du.....



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

02.96.44.56.58 / [ehpad.guingamp@armorsante.bzh](mailto:ehpad.guingamp@armorsante.bzh)

**Consultation pré-admission**

Médecin hospitalier.....  
Date.....

**Observations**

**Avis médical**

02.96.44.56.58 / nadege.geffroy@armorsante.bzh

### 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**

Demande urgente OUI  NON

**Civilité :** Monsieur  Madame

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 difficile<sup>1</sup>

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 anticipées<sup>2</sup> ? 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 :**

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

<sup>2</sup> 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](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 santé<sup>1</sup>**

	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

**Amairissement récent<sup>2</sup>**

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 <sup>3</sup>	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
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

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

<sup>3</sup> 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		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
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 <sup>4</sup>	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		

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 :		

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

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

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> 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 gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**