

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^{ER} AVRIL 2025

TARIFS A LA JOURNEE

Hébergement		24.54 euros
Dépendance	GIR 1 et 2	19.78 euros
	GIR 3 et 4	12.52 euros
	GIR 5 et 6	5.30 euros

Prix du repas à compter du 1^{er} janvier 2025 : 5.75 euros

TARIF ACCUEIL DE JOUR AU 1^{ER} AVRIL 2025

TARIFS A LA DEMIE-JOURNEE

Hébergement		12.27 euros
Dépendance	GIR 1 et 2	9.89 euros
	GIR 3 et 4	6.26 euros
	GIR 5 et 6	2.65 euros

Prix du repas à compter du 1^{er} janvier 2025 : 5.75 euros



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

02.96.44.56.58 / 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

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

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

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



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

02.96.44.56.58 / 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

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

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

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 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

**amaigrissement
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	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 ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	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		

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

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 l'EHPAD Ti Nevez. Une fois complété, il doit être remis à ce même accueil administratif.

Quel est le tarif ?

Tarifs à la journée :

Hébergement : 24.54 €

Repas : 5.75 €

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 la 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-tarifcation : 02.96.44.57.92

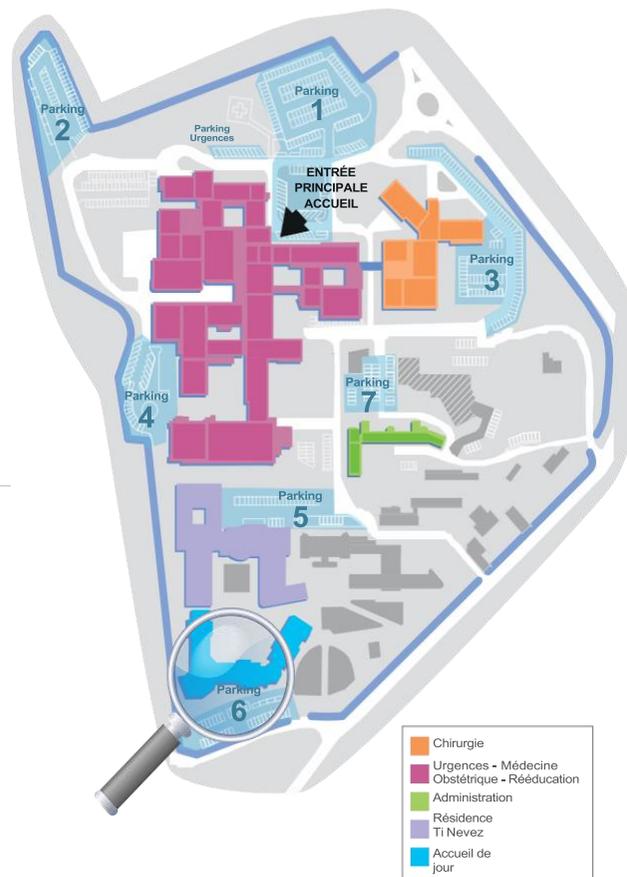
ADRESSE

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 syndrômes apparentés).



Informations Pratiques



Les objectifs

Pour la personne accompagnée, l'accueil de jour permet :

- ↳ de préserver des liens sociaux
- ↳ de participer à des activités adaptées en tenant compte de ses capacités et de ses choix
- ↳ de préserver l'autonomie et les acquis du quotidien
- ↳ de partager des moments de plaisir et de convivialité
- ↳ de favoriser le maintien à domicile

• Pour les proches, l'accueil de jour permet :

- ↳ apporter des informations, des conseils
- ↳ permettre un temps de répit
- ↳ les soutenir dans l'accompagnement de leur proche

La psychologue est présente le mardi et le jeudi.

Accueil de jour de 10 places

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

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

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 douce,
- promenades



L'équipe

L'équipe se compose de :

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

Leur mission est de proposer un accompagnement adapté et personnalisé, en collaboration étroite avec la famille et les professionnels intervenant à domicile.