

FONDATION FAVIER-VAL DE MARNE

1 à 5 rue du 136^{ème} de ligne

94366 – BRY-sur-MARNE

☎ 01 49 83 48 70

site : www.gcsms-ehpadpublics94.fr

mail : admissions@fondation-favier.fr

**DEMANDE D'ENTRÉE
A LA FONDATION FAVIER - VAL DE MARNE**

**HEBERGEMENT TEMPORAIRE
SITE DE BRY SUR MARNE**

NOM PRÉNOM : _____

Date de séjour souhaitée : Du _____ au _____

Suivi par un accueil de jour : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : _____

Suivi par un SSLAD : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : _____

Motif de la demande : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM

NOM DE JEUNE FILLE

Prénom.....

Né(e) le

à

Nationalité

ADRESSE

Code Postal/VILLE

☐ propriétaire ☐ locataire ☐ aide au logement

Si oui n° CAF ou MSA :

En cas d'hospitalisation, à préciser :
depuis le hôpital

Dernière adresse (autre que foyer-logement ou maison de retraite) :
.....

Bénéficiaire de ☐ l'allocation personnalisée d'autonomie
 ☐ l'allocation compensatrice tierce personne
 ☐ la majoration tierce personne

Département payeur :

SITUATION FAMILIALE

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ célibataire ☐ séparé(e)

depuis le

Nombre d'enfants

La profession que vous avez exercée.....

▪ **COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER** *(Préciser le nom et l'adresse)*

1/.....adresse.....

Tél.parenté

Mail :

2/.....adresse.....

Tél.parenté

Mail :

3/.....adresse.....

Tél.parenté :

Mail :

4/.....adresse.....

Tél.parenté :

Mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE

▪ **Sécurité sociale**

Immatriculation

Numéro et adresse du centre.....

☐ prise en charge à 100% date de fin d'effet.....

☐ demande en cours date de la demande.....

▪ **Mutuelle**

Nom et adresse

Numéro d'adhérent

▪ **Assurance responsabilité civile**

Nom et adresse

Numéro d'adhérent.....

▪ **Décision de justice**

☐ sauvegarde ☐ curatelle ☐ tutelle

Nom et coordonnées du représentant légal :

.....Tél.

▪ **Payant**

Nom de la personne à qui le Trésor Public, comptable de l'établissement, devra envoyer l'avis des sommes à payer :

.....

Un chèque de caution de 560 euros vous est demandé lors de votre inscription. Il vous sera renvoyé à la fin de votre séjour.

Dossier rempli par

Nom

Tél

Date de la demande

Date d'entrée souhaitée

Reproduire de la main même du signataire, la mention ci-dessous

Je soussigné, certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, et que je n'ai rien dissimulé de mes moyens d'existence.

Signature

A l'admission, vous devrez être en possession de votre traitement médical pour la période de l'hébergement temporaire (joindre l'ordonnance).

Etablissement Hébergeant
des Personnes Agées Dépendantes
FONDATION FAVIER – VAL DE MARNE
1 à 5 rue du 136^{ème} de ligne
94366 – BRY-SUR-MARNE Cedex
☎ Secrétariat médical : 01 49 83 49 78

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(à faire remplir par le Médecin traitant)

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

En cas d'hospitalisation actuelle

- Raison de l'hospitalisation :

- Coordonnées de l'hôpital ou de la clinique et du service :

ANTECEDENTS :

- Médicaux :

- Covid-19 :
A déjà contracté la covid-19 (PCR) : oui / non Si oui date :
Sérologie covid-19 : oui / non Si oui : positive / négative Date :

- Chirurgicaux :

- Psychiatriques :

- Allergies connues :

En cas d'hospitalisation(s) antérieure(s), coordonnées de l'hôpital ou de la clinique :

En cas d'urgence, vers quel hôpital ou clinique devons nous diriger votre patient ?

A-t-il déjà un dossier ?

Dans quel service ?

AUTONOMIE

- | | | |
|------------------|--|--|
| 1) Déplacement : | - seul | * sans canne
* avec canne
* avec déambulateur
* en fauteuil roulant |
| | - avec une tierce personne
- en fauteuil roulant poussé | |
| 2) Transfert : | - seul
- avec aide
- ne fait pas | |
| 3) Toilette : | - seul
- avec aide
- à prendre en charge complètement | |
| 4) Habillage | - seul
- avec aide
- à prendre en charge complètement | |
| 5) Sphincters | - continence
- incontinence | * occasionnelle
* nocturne
* totale |
| 6) Alimentation | - seul
- avec aide (stimuler, couper la viande,.....)
- doit être alimenté | |

* régime particulier :

- * type d'alimentation : normal haché mixé
• prothèse dentaire :

EXAMEN CLINIQUE

Aspect général : Taille : Poids :

Qualité de la vue : Qualité de l'ouïe :

- * prothèse oculaire * prothèse auditive
* lunettes
* lentilles

Vaccination antitétanique :

1ère injection : 2ème injection : 3ème injection :
Rappel : (éventuellement)

Vaccination anti-covid-19 :

Vaccination anti-covid-19 faite : oui / non

1ère injection : 2ème injection : Spécialité :

Appareil cardiovasculaire :

- * pression artérielle : * fréquence cardiaque : * rythme :
* anomalies à l'auscultation :
* membres inférieurs : * pouls * œdèmes

Appareil respiratoire :

- * dyspnée * cyanose * toux * expectoration
* auscultation pulmonaire

Appareil digestif :

* diarrhée * constipation * douleurs gastriques

* amaigrissement : progressif rapide

* signes d'éthylisme :

palpation : * foie * rate * ascite
 * escarres * ulcères * mycoses

Examen neuro psychique :

Neurologique : - troubles de la marche
 - troubles de l'équilibre
 - paralysies

Psychique : - troubles de la mémoire
 - troubles du caractère
 - troubles du comportement

Examens complémentaires récents (joindre un double si possible)

Observations complémentaires :

Traitement en cours :

Ne pas oublier : date, tampon, signature, Merci



Fondation Favier – Val de Marne

Habitudes de vie / histoire de vie

Madame, Monsieur,

Les informations ci-après sont très précieuses pour les différents sites de la Fondation Favier, dont la mission est d'assurer dans les meilleurs conditions possibles les admissions et les séjours au sein de l'établissement.

Nous vous remercions par avance...

Date d'entrée :/...../.....	Mme ou M. :
Les renseignements ci-après ont été complétés par :	Né(e) le :/...../.....

Histoire de vie

Ma famille

Ma naissance, mes parents, mes frères et sœurs, ma vie de jeunesse (école, sport, loisirs,...)
ma vie familiale d'hier et d'aujourd'hui (conjoint, enfants...)

Vie sociale

Ma vie professionnelle (différents métiers, âge du premier métier, importance accordée,...)

Mes amis, mes occupations, loisirs, voyages, animaux, croyance...

Ma retraite, les conditions, ma vie depuis...

Connaissance de la personne

- Moments importants

Les joies (*familiales et professionnelles...*)

Les peines (*maladies, décès, manque de travail, guerre, accident...*)

- Préférences (*couleurs, musique, animaux, fleurs, lecture...*)
- Traits de caractère : enjoué, timide, sociable, anxieux, solitaire...

Actuellement :

Je vis à :

Depuis :

Avec :

Ce qui m'a conduit à faire une demande d'hébergement

Mes sentiments et ceux de mes proches face à cette situation :

Mes sentiments et mes souhaits face à la vieillesse et face à la mort :

ALIMENTATION	TOILETTE/HYGIENE
Gouts alimentaires : Aime : N'aime pas : Régime alimentaire : Aliments interdits : Risque de fausse route : Oui ☐ Non ☐ Besoin d'aide au repas : Oui ☐ Non ☐ Commentaires :	Besoin d'aide à la toilette Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui : Totale ☐ Partielle ☐ Douche : Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui : périodicité : Elimination : Urinaire : Continent ☐ incontinent : ☐ Fécale : Continent ☐ incontinent : ☐ Besoin d'aide pour aller au WC : Oui ☐ Non ☐
SOMMEIL	HABILLAGE
Lever tôt ☐ Horaire : Coucher tard : ☐ Rituels au moment du coucher (<i>heure, porte/fenêtre ouverte, fermée, lumière, veilleuse pour dormir, collation avant le coucher</i>) Sieste Oui ☐ Non ☐ Qualité du sommeil :	Besoin d'aide pour s'habiller / se déshabiller Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui Totale ☐ Partielle ☐ Habitudes vestimentaires : Pour information, l'entretien du linge sera pris en charge par la famille.
MOTRICITE	APPAREILLAGE
Marche seul : Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si non : Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Autres matériels :	Prothèses dentaires Haut ☐ Bas ☐ Prothèses auditives Oui ☐ Non ☐ Lunettes : Oui ☐ Non ☐
	Mesure de protection :



PIÈCES A FOURNIR POUR LE DOSSIER
ADMINISTRATIF - HEBERGEMENT TEMPORAIRE

- Carte d'identité en cours de validité
- Copie de l'attestation des droits de la carte vitale
- Copie de la carte mutuelle
- Dossier médical actualisé
- Habitudes de vie
- Chèque de caution de 560 € à l'ordre du trésor public

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

FONDATION FAVIER - TARIFS JOURNALIERS 2021

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL HEB+TM	Montant maximum de l'APA versé par le département **
Chambre 1 lit	71.00 €	GIR 1/2 : 24.50 €	95.50 €	17.90 €
Chambre 1 lit	71.00 €	GIR 3/4 : 15.55 €	86.55 €	8.95 €
Chambre 1 lit	71.00 €	GIR 5/6 : 6.60 €	77.60 €	

** Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 447,55 €.

L'APA est dégressive jusqu'à 3 765,47 € et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant.

L'APA est versée par le département sur le compte du bénéficiaire dans le cadre de l'hébergement temporaire.
L'établissement n'effectue pas la gestion de l'APA auprès du département

Les GIR 5 et 6 et les personnes de moins de 60 ans n'ouvrent pas droit à l'APA.



NOGENT SUR MARNE - La Fondation Lepoutre - 5 rue Emile Zola

Ce site a une capacité de 36 lits dont 12 lits pour résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.



NOISEAU - Le chemin vert - 7 rue Condorcet

La capacité de ce site est de 16 lits. Le service est situé au rez de chaussée d'un petit immeuble.



ORMESSON - Résidence d'Amboile - 26 route de Provins

La capacité de ce site est de 84 lits dont 24 lits pour résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Fondation Favier Val de Marne

Etablissement d'Hébergement pour Personnes
Âgées Dépendantes (EHPAD)



Les services administratifs

sont situés au :

1 à 5, rue du 136ème de Ligne

à Bry sur Marne

ADMISSIONS

Informations :

Le service des admissions
vous recevra

du lundi au vendredi
de 9h00 à 16h00

Au 1 à 5, rue du 136ème de Ligne
94366 BRY SUR MARNE Cedex



: 01 49 83 48 70

e-mail : admissions@fondation-favier.fr

L'**admission** est prononcée par le directeur après
une visite médicale obligatoire effectuée par le médecin
coordonnateur de l'établissement.

Visite

• Les chambres

Bry sur Marne

L'établissement dispose de 220 chambres individuelles (dont 9 lits d'hébergement temporaire) et de 7 chambres à deux lits. Elles sont équipées d'une salle de bain particulière avec douche et WC.

Fondation Lepoutre - Nogent sur Marne

Les 36 chambres sont individuelles. Elles sont équipées d'une salle de bain particulière avec douche et WC.

Pôle gérontologique - Noisieu

Les 16 chambres sont individuelles. Elles sont équipées d'une salle de bain particulière avec douche et WC.

Résidence d'Amboise - Ormesson

Le site dispose de 84 chambres individuelles et de 10 places en accueil de jour. Elles sont équipées d'une salle de bain particulière avec douche et WC.

Le mobilier est fourni, mais vous avez la possibilité d'apporter certains meubles et/ou bibelots.

• Les soins

Le médecin coordonnateur, présent dans l'établissement, est garant de l'organisation des soins.

Une équipe pluri professionnelle vous apportera l'aide dont vous aurez besoin, en fonction de votre état d'autonomie, et pour tous les actes essentiels de la vie.

• Les repas

Ils sont servis en salle à manger (une par unité).

- Petit-déjeuner : entre 7h30 et 9h
- Déjeuner : 12h30
- Gouter : 16 h
- Dîner : 19 h

Vie au quotidien

Tous les mois, un calendrier des activités est mis en place par une équipe d'animation.

• Cafétéria

Une cafétéria est à votre disposition, vous y trouverez des boissons, des pâtisseries et des glaces.

Vous pourrez acheter différents produits d'hygiène à la boutique.



• Coiffure

Un salon de coiffure est installé dans l'établissement, et le service y est assuré par un professionnel extérieur.



• Esthétique

Une socio-esthéticienne intervient sur l'ensemble des sites de la Fondation Favier.

• Pédiurie

Une pédicure intervient 1 fois par semaine dans l'établissement.



BRY SUR MARNE - 1 à 5 rue du 136ème de Ligne

La capacité d'accueil du site est de 234 lits d'hébergement répartis sur 4 bâtiments :

OPALE : 94 lits dont 22 lits pour la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

AMETHYSTE : 87 lits dont 7 chambres double.

PRAIRIE : 44 lits dont 24 pour la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

VIEUX PACY : 9 lits d'hébergement temporaire.

