



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
« Les EHPAD publics du Val de Marne »

GCSMS – Les Alternatives - Service ESA
(Equipe Spécialisée Alzheimer et maladies apparentées)
73 rue d'Estienne d'Orves
94120 Fontenay sous-bois
Tél : 01.48.76.47.17 – Mail : esa@gcsms94.fr

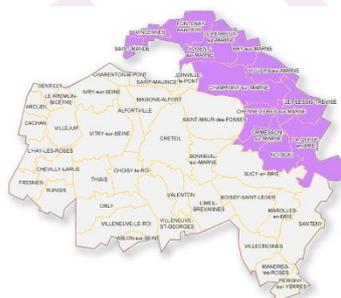
DOSSIER DE DEMANDE DE PRE-ADMISSION EN E.S.A.

(Equipe Spécialisée Alzheimer et maladies apparentées)

- ESA - Nogent-sur-Marne
- ESA - Ormesson-sur-Marne

Communes d'intervention :

Bry-sur-Marne
Champigny-sur-Marne
Chennevières-sur-Marne
Fontenay-Sous-Bois
La Queue-en-Brie
Le Perreux-sur-Marne
Le Plessis-Trévise



Nogent-Sur-Marne
Noisieu
Ormesson-sur-Marne
Saint-Mandé
Villiers-sur-Marne
Vincennes

NOM, PRENOM : _____

- 1^{ère} demande d'intervention de l'ESA
- Demande de renouvellement d'intervention de l'ESA

Tout le dossier est à envoyer à :
GCSMS - Les Alternatives - Service ESA
73 rue d'Estienne d'Orves
94120 Fontenay sous-bois

Ou par mail : esa@gcsms94.fr



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
« Les EHPAD publics du Val de Marne »

GCSMS – Les Alternatives – Service ESA
(Equipe Spécialisée Alzheimer et maladies apparentées)
73 rue d’Estienne d’Orves
94120 Fontenay sous-bois
Tél : 01.48.76.47.17 – Mail : esa@gcsms94.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Equipe Spécialisée Alzheimer

ETAT CIVIL :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : / / LIEU : _____

DEPARTEMENT : _____

SITUATION DE FAMILLE : _____

NOMBRE D’ENFANTS : _____

VIT : seul(e) avec conjoint(e) avec aidant avec enfant

ADRESSE :

N° _____ RUE _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

TELEPHONE FIXE : / / / /.....

TELEPHONE PORTABLE : / / / /.....

COORDONNEES DE LA FAMILLE ET DU TUTEUR :

NOM et LIEN DE PARENTE	ADRESSE POSTALE ET ELECTRONIQUE	TELEPHONE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

- Oui
- Non
- En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale
Mandat de protection future

Renseignements contribuant au plan de soins individualisé

Trouble de l'équilibre :

- Oui
- Non

Chutes fréquentes :

- Oui
- Non

Déplacement à l'intérieur :

- Autonome
- Avec canne / avec déambulateur
- Avec tierce personne
- En fauteuil roulant

Déplacement à l'extérieur :

- Autonome
- Avec canne / avec déambulateur
- Avec tierce personne
- En fauteuil roulant

Alimentation :

- Autonome
- Besoin d'être stimulé
- Doit être alimenté par un tiers

Risque de fausse route :

- Oui
- Non

Protections à usage unique :

- Oui
- Non

Hygiène corporelle :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Habillage :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Courses alimentaires :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Préparation des repas :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Entretien ménager du logement :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Entretien du linge :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Gestion des rendez-vous :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Utilisation du téléphone :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Gestion du traitement :

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Troubles sensoriels

Vue : Bonne Mauvaise Cécité

Lunettes : Oui Non

Ouïe : Bonne Mauvaise

Prothèses auditives : Oui Non Gauche Droite

Vie au domicile

Le domicile a-t-il été aménagé en fonction des capacités physiques de la personne :

- Oui
- Non
- En cours

Infirmière à domicile :

- Oui
- Non
- En cours

Service de soins infirmiers à domicile :

- Oui
- Non
- En cours

Portage des repas :

- Oui
- Non
- En cours

Aide-ménagère - Auxiliaire de vie :

- Oui
- Non
- En cours

Accueil de jour :

- Oui
- Non
- En cours

Orthophoniste :

- Oui
- Non
- En cours

Kinésithérapeute :

- Oui
- Non
- En cours

ALLOCATION PERSONALISEE A L'AUTONOMIE (APA)

Si vous bénéficiez de l'APA à domicile, merci de nous indiquer le GIR (1, 2, 3, 4, 5 ou 6), et une copie de la « Notification de l'attribution de l'APA ».

Le patient est GIR : _____

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : / / / /

MEDECIN SPECIALISTE MEMOIRE

Consultation mémoire, médecin spécialiste et coordonnées

(Neurologue libéral ou médecin de la consultation mémoire hospitalière) :

Hôpital / cabinet libéral :

Nom du médecin :

Diagnostic de la maladie de mémoire :

Date du diagnostic :

Le diagnostic a-t-il été annoncé au patient : oui non

Date du dernier RDV : / /

Date du prochain RDV s'il est prévu : / /

Autres spécialistes *(médecin psychiatre, psychologue, ...)* :

.....

RECAPITULATIF DES PIECES A FOURNIR

- Original ou photocopie de l'ordonnance d'intervention de l'ESA ¹
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité
- Photocopie du dernier compte rendu de la consultation mémoire
- Photocopie du/des traitement(s) en cours
- Le cas échéant, photocopie de la notification de l'attribution de l'APA

¹ Intitulé de l'ordonnance : « 12 à 15 séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation »
ESA - GCSMS « Les EHPAD publics du Val-de-Marne »



**Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
« Les EHPAD publics du Val de Marne »**

GCSMS – Les Alternatives - Service ESA
(Equipe Spécialisée Alzheimer et maladies apparentées)
73 rue d'Estienne d'Orves
94120 Fontenay sous-bois
Tél : 01.48.76.47.17 – Mail : esa@gcsms94.fr

CONTACTS

Directeur ESA :

Madame MEISSIMILLY

@ : cmeissimilly@gcsms94.fr

Coordinatrice ESA :

Madame CHAVES

@ : chaves@gcsms94.fr

Equipe ESA :



01.48.76.47.17 (*répondeur 7/7*)

@ : esa@gcsms94.fr