



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

« Les EHPAD publics du Val de Marne »

GCSMS – Les Alternatives – Service Accueils de jour

73 rue d'Estienne d'Orves

94120 Fontenay sous-bois

Tél : 01.48.76.42.77– Mail : [secretariatalternatives@gcsms94.fr](mailto:secretariatalternatives@gcsms94.fr)

<https://www.gcsms-ehpadpublics94.fr/Accueil-de-jour/3/36/63>

## **DEMANDE D'ENTREE A L'ACCUEIL DE JOUR**

- **Fondation Favier – Bry-sur-Marne**
- **Fondation Lepoutre – Nogent-sur-Marne**
- **Résidence Dame Blanche – Fontenay-sous-Bois**
- **Résidence Raymonde Olivier Valibouse – Alfortville**
- **Résidence d'Amboile – Ormesson-sur-Marne**
- **Résidence Les Murs à pêches – Montreuil**
- **Résidence Les Lilas – Vitry-sur-Seine**

**NOM, PRENOM :** \_\_\_\_\_



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

« Les EHPAD publics du Val de Marne »

GCSMS – Les Alternatives – Service Accueils de jour

73 rue d'Estienne d'Orves

94120 Fontenay sous-bois

Tél : 01.48.76.42.77– Mail : [secretariatalternatives@gcsms94.fr](mailto:secretariatalternatives@gcsms94.fr)

<https://www.gcsms-ehpadpublics94.fr/Accueil-de-jour/3/36/63>

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ACCUEIL DE JOUR

**Tout le dossier est à envoyer à :**

**GCSMS, Les Alternatives, service Accueils de jour,  
73 rue d'Estienne d'Orves 94120 Fontenay sous-bois**

**Ou par mail : [secretariatalternatives@gcsms94.fr](mailto:secretariatalternatives@gcsms94.fr)**

### **ETAT CIVIL :**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU : \_\_\_\_\_ DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_

SITUATION DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

NATIONALITE : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS : \_\_\_\_\_

### **ADRESSE :**

N° \_\_\_\_\_ RUE \_\_\_\_\_

COMMUNE \_\_\_\_\_

TELEPHONE FIXE \_\_\_\_\_

TELEPHONE PORTABLE \_\_\_\_\_

**COORDONNEES DE LA FAMILLE ET DU TUTEUR :**

<b>NOM et LIEN DE PARENTE</b>	<b>ADRESSE POSTALE ET ELECTRONIQUE</b> (mail pour confirmation de la réception de votre dossier)	<b>TELEPHONE</b>

**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 :**

- sans canne
- avec canne
- avec déambulateur
- avec tierce personne
- en fauteuil roulant

Allergies connues : \_\_\_\_\_

Régime particulier : \_\_\_\_\_

**Conduite addictive :**

- Oui, précisez : \_\_\_\_\_
- Non

**Alimentation :**

- Seul
- A stimuler
- Couper la viande
- Doit être alimenté par un tiers

**Risque de fausse route :**

- Oui
- Non

Texture alimentaire : Normal  Haché  Mixé

**Prothèse dentaire :**

- Oui
- Non
- Haut
- Bas

**Incontinence urinaire :**

- Oui
- Non
- Occasionnelle
- Totale

**Incontinence fécale :**

- Oui
- Non
- Occasionnelle
- Totale

**Protections à usage unique :**

- Oui
- Non

**Accompagnement régulier aux toilettes :**

- Oui
- Non

**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

**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

**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 :



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

« Les EHPAD publics du Val de Marne »

GCSMS – Les Alternatives – Service Accueils de jour

73 rue d’Estienne d’Orves

94120 Fontenay sous-bois

Tél : 01.48.76.42.77– Mail : [secretariatalternatives@gcsms94.fr](mailto:secretariatalternatives@gcsms94.fr)

<https://www.gcsms-ehpadpublics94.fr/Accueil-de-jour/3/36/63>

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### ACCUEIL DE JOUR

ALFORTVILLE- BRY-SUR-MARNE - FONTENAY-SOUS-BOIS  
NOGENT-SUR-MARNE – ORMESON-SUR-MARNE – MONTREUIL- VITRY-SUR-SEINE

**Document à faire remplir par le médecin traitant ( page 7 à 9)**

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## COORDONNEES MEDICALES

Médecin traitant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA DEMANDE

Pathologie spécifique :

\_\_\_\_\_

Troubles cognitifs :

- Oui
- Non

**Consultation mémoire :**

\*Afin de contribuer à l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé, merci de nous adresser les comptes rendus ou bilans des évaluations neuropsychologiques

DATE : \_\_\_\_\_

MMS : \_\_\_\_\_

Autres tests : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risque d'épuisement de l'aidant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Isolement social :

- Oui
- Non

## INFORMATION DU PATIENT

L'annonce d'un diagnostic (Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée) a-t-elle été faite auprès

Du patient :

- Oui
- Non

De la famille :

- Oui
- Non

## ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

## PATHOLOGIES ACTUELLES

## SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Agitation, agressivité
- Dépression / dysphorie
- Anxiété
- Exaltation de l'humeur / euphorie
- Apathie / indifférence
- Désinhibition
- Irritabilité / instabilité de l'humeur
- Comportement moteur aberrant (sorties inopinées, déambulations, ou gestes répétitifs)
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit

## TRAITEMENTS EN COURS (ou joindre l'ordonnance)

# GRILLE NATIONALE AGGIR



N° 11510\*01

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : 

--	--	--	--	--	--

 Commune : \_\_\_\_\_

### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement  
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement  
 C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

### ATTENTION

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

## TARIFICATION JOURNALIERE APPLICABLE AU 1<sup>er</sup> MAI 2024

**L'hébergement et la dépendance sont intégralement à la charge de l'accueilli. Après règlement de la facture auprès de la Paierie Départementale, une partie du montant de la dépendance pourra être restituée dans le cadre du plan d'aide APA (voir avec le Conseil Départemental)**

<u>TARIFS HEBERGEMENT</u>	<u>TARIFS DEPENDANCE</u>
Résident de plus de 60 ans..... 21.43 €	GIR 1-2..... 27,00 €
Résident de moins de 60 ans.... 37.98 €	GIR 3-4..... 17,10 €
	GIR 5-6..... 7,25 €
	Peut bénéficier de l'APA à domicile versée par le Conseil Département du domicile

**\*Les factures d'accueil de jour peuvent faire l'objet d'un crédit d'impôt. Vous devez alors les déclarer à la rubrique « services à la personne/emploi à domicile case 7DB**

# GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO SOCIALE LES EHPAD PUBLICS DU VAL-DE-MARNE

➤ DIRECTRICE ACCUEIL DE JOUR : Mme Meissimilly

- Email : [cmeissimilly@gcsms94.fr](mailto:cmeissimilly@gcsms94.fr)

➤ COORDINATRICE : Mme Chaves

- Email : [chaves@gcsms94.fr](mailto:chaves@gcsms94.fr)

➤ SERVICE ADMINISTRATIF : Mme Corbellini

- Email : [secretariatalternatives@gcsms94.fr](mailto:secretariatalternatives@gcsms94.fr)
- Tél : 01.48.76.42.77

ACCUEILS DE JOUR :

➤ Site de la Dame Blanche de Fontenay-sous-Bois (94120)

- Accueil de jour situé au 45 Avenue de la Dame Blanche, Fontenay-sous-Bois
- 01 43 94 63 57

➤ Site de la Fondation Favier Val-de-Marne de Bry-sur-Marne (94360)

- Accueil de jour situé au 1 à 5 Rue du 136ème de Ligne, Bry-sur-Marne
- 01 49 83 47 97

➤ Site de la Fondation Lepoutre de Nogent-sur-Marne (94130)

- Accueil de jour situé au 5 rue Emile Zola à Nogent-sur-Marne
- 01 45 14 31 19

➤ Site du pôle Gérontologique Raymonde Olivier Valibouse d'Alfortville (94140)

- Accueil de jour situé place du 11 Novembre 1918 à Alfortville
- 01 53 48 55 14

➤ Site de la Résidence d'Amboile d'Ormesson-sur-Marne (94490)

- Accueil de jour situé au 26 rue de Provins à Ormesson-sur-Marne
- 01 58 08 94 92

➤ Site de la Résidence Les Murs à pêches de Montreuil (93100)

- Accueil de jour situé au 198-200 rue de Rosny à Montreuil
- 01 49 74 46 00



# Formulaire d'autorisation de droit à l'image

**Personne majeure :**

**Je soussigné(e) :**

**Nom** .....

**Prénom**.....

**Personne majeure sous tutelle :**

**Je soussigné(e) :**

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Adresse** .....

.....

**Représentant (e) légal(e) de :**

**Nom** .....

**Prénom**.....

**Accueilli à l'accueil de jour de :** .....

Autorise

- La prise de photographies ou de vidéo dans le cadre du dossier de soins informatisé ainsi que des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement ;
- La diffusion et la publication de ces images sans demander ni rémunération ni droit d'utilisation. J'ai bien noté que mon image pourra être utilisée en interne comme sur tout autre support réalisé par l'établissement, sans limitation de quantité.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de mon image ne devront pas porter atteinte à ma vie privée, à ma dignité et/ou ma réputation.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée, sauf dénonciation écrite.  
Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

N'autorise pas l'établissement à disposer de mon image.

Date :

Signature :



## Formulaire d'autorisation de sortie

### Personne majeure :

Je soussigné(e) :

Nom .....

Prénom.....

### Personne majeure sous tutelle :

Je soussigné(e) :

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Représentant (e) légal(e) de :

Nom .....

Prénom.....

Accueilli à l'accueil de jour de : .....

Autorise

- La sortie de mon proche pour des animations et des sorties organisées par l'établissement.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée, sauf dénonciation écrite.

N'autorise pas la sortie de mon proche de l'établissement.

Date :

Signature :

## **PIECES A FOURNIR**

- **2 photos d'identité**
- **Photocopie de la pièce d'identité**
- **Photocopie du livret de famille**
- **Photocopie de la dernière ordonnance**
- **Photocopie de la notification de l'attribution de l'APA (s'il y a lieu, l'APA n'étant pas obligatoire dans l'instruction du dossier)**
- **Carte d'invalidité (s'il y a lieu)**
- **Photocopie du jugement, en cas de mesure de protection (tutelle, curatelle,...)**