



Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
« Les EHPAD publics du Val de Marne » (G.C.S.M.S.)
<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 : _____



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ACCUEIL DE JOUR

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

Tout le dossier est à envoyer à :

**GCSMS, Admission ADJ,
7 bis rue de Châteaudun 94130 Nogent-sur-Marne**

ETAT CIVIL :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE
NAISSANCE : _____ LIEU : _____

DEPARTEMENT :
Arrondissement (PARIS) :

SITUATION DE FAMILLE : _____

NATIONALITE : _____

NOMBRE D'ENFANTS : _____

ADRESSE :

N° _____ RUE _____

COMMUNE _____

TELEPHONE FIXE _____

TELEPHONE PORTABLE _____

Merci de joindre à ce dossier une copie de votre livret de famille

COORDONNEES DE LA FAMILLE ET DU TUTEUR :

NOM et LIEN DE PARENTE	ADRESSE POSTALE ET ELECTRONIQUE	TELEPHONE

SECURITE SOCIALE :

N° _____

ORGANISME PRINCIPAL ET CENTRE DE PAIEMENT :

*Joindre IMPERATIVEMENT la photocopie de l'attestation de carte vitale et éventuellement la photocopie de l'ordonnance du médecin traitant concernant le traitement en cours.

MUTUELLE :

N° _____

NOM et ADRESSE :

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 » (G.C.S.M.S.)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ACCUEIL DE JOUR

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

Document à faire remplir par le médecin traitant (page 4 à12)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse :

Code Postal/Ville :

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées de l'aidant référent :

MOTIF DE LA DEMANDE

Pathologie spécifique :

Soutien de l'aidant :

Isolement social :

Oui Depuis quand : _____

Non

ANTECEDENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Allergies connues :

Vaccinations :

Antitétanique 1^{ère} injection = / / 2^{ème} injection = / / Rappel = / /

PATHOLOGIES ACTUELLES

Troubles digestifs

Troubles cutanés

Un examen neuropsychologique a-t-il été fait lors d'une consultation mémoire:

- Oui
- Non

Troubles cognitifs :

- Oui
- Non

MMS: _____

Autres tests: _____

Si oui, quand : _____

Quel diagnostic a été posé :

Troubles du comportement et / ou manifestations psychiatriques

- Fugue
- Déambulation
- Agitation –Agressivité :
 - Avec la famille
 - Avec des tiers

Autres troubles : _____

Troubles de l'humeur :

- Anxiété
- Dépression
- Autre : _____

Troubles du sommeil :

- Oui
- Non

Coordonnées du spécialiste référent *

Neurologue libéral :

Consultation mémoire :

Service hospitalier gériatrique :

Psychiatre :

Autre :

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

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

Informations supplémentaires

Renseignements contribuant au plan de soins individualisé

Locomotion :

Trouble de la marche :

- Oui
- Non

Trouble de l'équilibre :

- Oui
- Non

Chutes fréquentes :

- Oui
- Non

Paralysie :

- Oui
- Non

Déplacement

■ Seul :

- sans canne
- avec canne
- avec déambulateur
- Avec tierce personne

Alimentation :

Régime particulier :

Texture alimentaire : Normal Haché Mixé

• Mange ...

- Seul
- Avec aide
- Stimulé
- Couper viande

• Doit être ...

- Alimenté par un tiers

Prothèse dentaire :

- Oui
- Non
- Haut
- Bas

Élimination :

Incontinence urinaire:

- Oui
- Non
- Occasionnelle
- Totale

Protections à usage unique :

- Oui
- Non

Accompagnement régulier aux toilettes :

- Oui
- Non

Incontinence fécale :

- Oui
- Non

Aides techniques nécessaires :

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles:

***Pour déplacement:**

***Pour repas:**

***Autres :**

Troubles sensoriels

Vue : Bonne Mauvaise Cécité

Lunettes : Oui Non

Ouïe : Bonne Mauvaise

Prothèses auditives : Oui Non Gauche Droite

Vie au domicile

Nécessité d'aménagement :

- Oui
- Non

Une démarche est-elle en cours ? :

- Oui
- Non

Aides mises en place - Service de soins infirmiers à domicile :

- Oui
- Non

Portage des repas :

- Oui
- Non

Aide-ménagère - Auxiliaire de vie :

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

Une démarche est-elle en cours ? Oui Non

Intervenants au domicile : Orthophoniste, Kinésithérapeute, etc. ...

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
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 ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
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

TARIFS 2021

L'hébergement et la dépendance sont intégralement à la charge du patient. 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)

Hébergement + dépendance

HEBERGEMENT	DEPENDANCE
Journée : 19 Euros	Gir 1 et 2 : 27,00 Euros Gir 3 et 4 : 17,10 Euros Gir 5 et 6 : 7,25 Euros Peut bénéficier de l'APA à domicile versée par le 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**

Coordonnées

Accueils de jour de : Alfortville, Bry, Fontenay, Montreuil, Nogent, Ormesson et Vitry	Madame Chaves (Psychologue- Coordinatrice)	Secrétariat : 01 48 76 42 77
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------

➤ **DIRECTRICE ACCUEIL DE JOUR :**

- Madame Meissimilly
- E-mail: cmeissimilly@gcsms94.fr

➤ **SERVICE ADMINISTRATIF :**

- Mme Corbellini
Tél : 01 48 76 42 77
Email : secretariatalternatives@gcsms94.fr

ACCUEILS DE JOUR :

- **Site de la Dame Blanche de Fontenay-sous-Bois (94120)**
 - Accueil de jour situé au 45 avenue de la Dame Blanche à 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 à 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 Gériatologique Raymonde Olivier Valibouse d'Alfortville (94140)**
 - Accueil de jour situé sur la 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 196 bis rue de Rosny à Montreuil
 - 01 49 74 46 00

- **Site de la Résidence Les Lilas de Vitry-sur-Seine (94200)**
 - Accueil de jour situé au 10 rue des carrières à Vitry-sur-Seine,
 - 01 46 71 23 36



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 :

PIECES A FOURNIR

- **2 photos d'identité**
- **Photocopie du livret de famille**
- **Photocopie de la pièce d'identité**
- **Photocopie de l'attestation de sécurité sociale**
- **Photocopie de la dernière ordonnance**
- **Photocopie de la notification de l'attribution de l'APA.**