



**maison de retraite  
de Hérisson**

**la directrice**

## **DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES**

### **ACCUEIL DE JOUR**

Pour nous permettre une bonne gestion de votre dossier administratif, merci de veiller à présenter le jour de l'entrée :

- 1 photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ;
  - copie de la carte vitale et son attestation ;
  - copie de la carte de mutuelle complémentaire ;
  - copie carte d'identité ;
  - un R.I.B. ;
  - une quittance d'assurance responsabilité civile ;
  - une liste des personnes à prévenir avec adresse et numéro de téléphone ;
  - la dernière ordonnance médicale.
- 
- 1 chèque de provision de 5 fois le tarif journalier x par le nombre de jours à l'ordre du trésor public
    - 28.22 € x 5 = 141.1 €



## ENGAGEMENT A PAYER

La somme des prestations décrites dans le contrat de séjour retenue à la date de signature du présent engagement est de :

Accueil de jour à l'unité ALZHEIMER : **28.22€**

Le prix de journée est fixé par arrêté du président du Conseil Départemental,

Je soussigné(e) ----- ,

déclare m'engager à régler les frais de séjour.

Fait à Hérisson, le -----

**Le résident,**

(signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

## **PRIX DE JOURNEE 2022**

Pour les résidents de + 60 ans du **département de l'Allier** :

Hébergement :	53.37 €
Ticket modérateur (GIR 5-6)	5.73 €
<b><u>Total</u></b>	<b><u>59.10 €</u></b>

- Soit pour un mois de 31 jours : **1 832.10€**
- Soit pour un mois de 30 jours : **1 773.00€**

*Pour information, la prestation autonomie (A.P.A) est versée sous forme de dotation globale à l'établissement.*

**Accueil de jour** à l'unité ALZHEIMER : **28.22 €**  
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier et 15 € de frais de transport pour 1 aller/retour si non résidant à HÉRISSON.

**Accueil temporaire** à l'unité ALZHEIMER : **59.10€**  
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier)

Pour les résidents de -60 ans le prix de journée est de : **72.15€**  
◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Pour les résidents de + 60 ans **hors Allier** et en fonction du mode de versement de l'A.P.A. par le Conseil Départemental de leur département d'origine (notion de domicile de secours).

Hébergement :	53.37 €
Dépendance GIR 1-2 :	21.26 €
<b><u>Total</u></b>	<b><u>74.63 €</u></b>

Hébergement :	53.37 €
Dépendance GIR 3-4 :	13.49 €
<b><u>Total</u></b>	<b><u>66.86 €</u></b>

Hébergement :	53.37 €
Dépendance GIR 5-6 :	5.73€
<b><u>Total</u></b>	<b><u>59.10 €</u></b>



**REGLEMENT FINANCIER**  
**ET MANDAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**  
**Relatif au paiement des factures d'hébergement**

Entre Nom et Prénoms .....  
Domicilié .....

Et l'EHPAD de HERRISSON représenté par Mme MALLOT Bernadette, Directrice par Intérim de l'EHPAD de HERRISSON.

Il est convenu ce qui suit :

**1 – Dispositions générales :**

Ce document est un contrat de prélèvement automatique des frais de séjour des hébergés.

Modalités d'adhésion au contrat : pour un prélèvement au 20 du mois m+1, vous devez retourner votre demande avant le 1<sup>er</sup> du mois m-1.

Le prélèvement sera effectué au 20 du mois sur le compte bancaire redevable.

**2 – Montant du prélèvement :**

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra mensuellement une facture indiquant le montant des frais à régler.

**3 – Changement de compte bancaire :**

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé d'autorisation de prélèvement (mandat) auprès de l'accueil administratif de l'EHPAD de HERRISSON le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire.

Si l'envoi a lieu avant le 1<sup>er</sup> du mois M-1, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant M+1.

Dans le cas contraire, la modification interviendra le mois suivant.

**4 – Changement d'adresse :**

Le redevable qui change d'adresse doit en avertir sans délai l'accueil administratif de l'EHPAD.

**5 – Renouvellement du contrat de prélèvement automatique :**

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit, le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il avait dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau souscrire au prélèvement automatique.

**6 – Echéances impayées :**

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable.

L'échéance impayée est à régulariser auprès de la Trésorerie de CERILLY – AINAY LE CHATEAU, sous peine de poursuites assorties de frais.

**7 – Fin de contrat :**

Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après 2 rejets consécutifs de prélèvement pour le même usager.

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat informe l'accueil administratif de l'EHPAD par lettre simple avant le 1<sup>er</sup> du mois M-1 pour effet au mois M+1.

**8 – Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours :**

Toute demande de renseignements concernant le décompte et le paiement des factures sont à adresser à l'accueil administratif de l'EHPAD (Tel : 04.70.06.80.02).

Bon pour accord, le.....

A.....

Le résident ou son représentant légal,

La Directrice par Intérim,

Bernadette MALLOT

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI  NON  En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...):

## ÉTAT CIVIL DU REPRESENTANT LÉGAL

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

A NE REMPLIR QUE SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (TUTELLE, CURATELLE ...)

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

**PERSONNE DE CONFIANCE**

A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNE PAR ECRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE (art.L1111-6 du code de santé publique)

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**DEMANDE**

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile



# UNITÉ ALZHEIMER DE HÉRISSON

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX EN VUE D'UNE ADMISSION

**A faire impérativement remplir par un médecin**

**NOM :**

**Prénom :**

Adresse et, le cas échéant, structure de soins où le patient est actuellement hospitalisé:

.....  
.....  
.....  
.....

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Créatininémie :

Nom, adresse et téléphone du **médecin traitant** :

Nom du **neurologue** :

**Diagnostic justifiant la demande d'admission:**

Date du diagnostic :

Le patient est inscrit au Réseau-Mémoire-Allier \*

**Les investigations suivantes ont-elles été réalisées ?**

- Consultation mémoire  date :
- Consultation neurologique  date :
- Consultation psychiatrique  date :
- Bilan neuropsychologique  date :
- TDM encéphalique  date :
- IRM encéphalique  date :
- Bilan biologique  date :
- Autres

Préciser : .....

**Traitements à visée neurologique et psychotropes :**

.....  
.....  
.....  
.....

\* Si oui, cocher la case

**Le patient présente-t-il les troubles psycho-comportementaux suivants ?**

**- Perturbations affectives et émotionnelles :**

- . apathie
- . état dépressif
- . anxiété
- . état confusionnel
- . conduites oppositionnelles

**- Troubles comportementaux :**

- . déambulation
- . fugues
- . tasikinésie
- . agitation
- . agressivité
- . cris
- . chutes
- . stéréotypies

**- Troubles psychotiques :**

- . délire

De quel type ? .....

- . hallucinations

De quel type ? .....

**- Perturbations des fonctions instinctuelles :**

- . insomnie
- . inversion du rythme nyctéméral
- . hypersomnie
- . anorexie
- . hyperphagie
- . troubles de la déglutition
- . exhibitionnisme ou tr. de la sexualité
- . incontinence urinaire
- . incontinence fécale
- . coprophagie

**Autres pathologies actuelles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS  OUI  NON ALLERGIES  OUI  NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.) Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="text"/>		
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Taille  Poids

<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b> Cécité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Surdité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>REEDUCATION</b> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Orthophonie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre (préciser) <input type="text"/>
--	--	--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom  Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin

**Antécédents :**

- médicaux :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- chirurgicaux :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- allergies et intolérances :

.....  
.....  
.....

**Traitement actuel (exceptés les médicaments à visée neurologique et les psychotropes) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Remarques particulières :**

Cachet et signature du médecin