

## **PRIX DE JOURNEE 2025**

A partir du 1<sup>er</sup> Février 2025

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

Hébergement :	<u>58.14 €</u>
Ticket modérateur (GIR 5-6)	<u>6.25 €</u>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>64.39 €</u></b>

- Soit pour un mois de 31 jours : **1 996.09€**
- Soit pour un mois de 30 jours : **1 931.70€**

*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 : **30.79 €**  
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier et 15 € de frais de transport pour 1 aller/retour si non résidant à HÉRISSEON.

**Accueil temporaire** à l'unité ALZHEIMER : **64.39€**  
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier)

Pour les résidents de -60 ans le prix de journée est de : **79.39€**  
◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

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 :	<u>58.14 €</u>
Dépendance GIR 1-2 :	<u>23.23 €</u>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>81.37 €</u></b>

Hébergement :	<u>58.14 €</u>
Dépendance GIR 3-4 :	<u>14.73 €</u>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>72.87 €</u></b>

Hébergement :	<u>58.14 €</u>
Dépendance GIR 5-6 :	<u>6.25 €</u>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>64.39 €</u></b>



**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
    - 30.79 € x 5 = **153.95€**



## 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 : **30.79€**

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")

Tampon de l'établissement

<p><b>MAISON DE RETRAITE DE HERISSON</b> Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes 2, rue des Cueils 03190 HERISSON tél. 04 70 06 80 02 - fax 04 70 06 86 47</p>
---

## AUTORISATION DE REALISATION D'UN BILAN SEROLOGIQUE DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

---

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du résident \* : \_\_\_\_\_

\* *suivant autonomie du résident* :

Nom et prénom de la famille ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Autorise l'EHPAD/USLD [ Nom Etablissement ] à effectuer un prélèvement sanguin pour bilan sérologique au cas où un accident d'exposition au sang surviendrait au cours du séjour.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du résident ou de son représentant légal
--

## REGLEMENT FINANCIER

### ET MANDAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

#### Relatif au paiement des factures d'hébergement

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

Et l'EHPAD de HERISSON représenté par Mme MADET Valérie, Directrice de l'EHPAD de HERISSON.

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 HERISSON 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 avvertir 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,

Valérie MADET



# 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 ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

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 ...):

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur  Madame

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

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

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

**PERSONNE DE CONFIANCE**

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

**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  ALLERGIES  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE  PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)   
Préciser la date du dernier prélèvement

Taille  Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

Cécité   
Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

**REEDUCATION**

Kinésithérapie   
Orthophonie

Autre (préciser)

**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		

**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)		

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

**OUI NON**

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

**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