



maison de retraite
de Hérisson

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

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

- une photocopie du livret de famille ou extrait acte de naissance ;
 - photocopie carte d'identité ;
 - carte vitale et son attestation ;
 - carte de mutuelle complémentaire ;
 - avis d'imposition ou de non-imposition 2022, 2023 et 2024;
 - justificatif des pensions ;
 - un relevé d'identité bancaire ou postale ;
 - photocopie dernier relevé taxes foncières ;
 - attestation d'assurance responsabilité civile mentionner « EHPAD »
 - une liste des personnes à prévenir avec l'adresse et numéro de téléphone ; adresse mail
 - la dernière ordonnance médicale ;
 - protocole de soins – volet 3 – + Dossier médical
 - Carnet de vaccination (surtout dernière date vaccin antitétanique)
-
- chèque de provision de **1 996.09 €** à l'ordre du trésor public.

PRIX DE JOURNEE 2025

A partir du 1^{er} 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>
<u>Total</u>	<u>64.39 €</u>

- 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 HÉRISSON.

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>
<u>Total</u>	<u>81.37 €</u>

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

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



Maison de retraite **DE HERISSON**

FICHE DE CONSENTEMENT POUR ACTE DE TELEMEDECINE

Formulaire d'information et de consentement

Chère Résidente, Cher Résident,

Dans le cadre de votre hébergement, notre établissement peut être amené à utiliser la Télémédecine. Pour cela il faut appel à des médecins spécialistes experts qui pourront intervenir à distance dans le cadre de votre prise en charge médicale.

Qu'est ce que la télémédecine ?

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La télémédecine permet d'améliorer les soins dont

vous pourrez bénéficier au sein de notre établissement en évitant de vous déplacer.

L'exercice de la télémédecine est une pratique encadrée par la loi (article L.6316-1 du Code de la

Santé Publique et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010)

La confidentialité et la protection de vos données

La télémédecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télémédecine.

Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télémédecine feront l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage des professionnels

qui participent à vos soins, sur place ou à distance. Ces informations sont conservées dans un espace

sécurisé garantissant toutes les exigences de confidentialité et de sécurité de vos données.

VOS DROITS

Tout acte de télémédecine requiert votre consentement.

Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en

télémédecine.

Dans ce cas, il vous suffira de prévenir le médecin

de notre établissement de votre souhait de ne pas

bénéficier d'une prise en charge en

télémédecine. Vous pouvez exercer votre droit de liberté de choix

du praticien en indiquant les noms des médecins

que vous ne souhaitez pas voir intervenir dans votre

parcours de soins.

Rempli par :

--> le résident ☐

--> le représentant légal ☐

--> la personne de confiance ☐

Je soussigné(e)

NOM.....

Prénom

Né(e) le

Reconnais avoir été informé(e) par.....

.....

**des objectifs de l'utilisation de la télémédecine dans
le cadre de ma prise en charge médicale.**

**Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte ou
aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon
consentement libre et éclairé.**

**Je reconnais avoir reçu une note d'information
détaillée sur la télémédecine.**

**Je reconnais avoir été informé(e) que mes données
seront conservées dans le dossier patient
informatisé .**

**Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge
en Télémédecine lors de mon séjour et reconnais
la possibilité qui m'est réservée de retirer mon
consentement à tout moment.**

**Je consens au partage de mes données de santé
personnelles au sein de l'équipe de soins
participant à ma prise en charge en télémédecine**

Fait à Le

Signature :

Tampon de l'établissement

MAISON DE RETRAITE DE HERISSON
Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
2, rue des Cueilis 03190 HERISSON
tél. 04 70 06 80 02 - fax 04 70 06 86 47

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

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

NOM – PRÉNOM :

DATE :/...../ 20.....

1- Un régime vous est-il prescrit actuellement (=alimentation thérapeutique dans le cadre d'une pathologie)?

☐ Non

☐ Oui, précisezdepuis quand (environ) :

2- Excluez-vous certains aliments dans le cadre d'une pratique religieuse?

☐ Non

☐ Oui, précisez

3- Êtes-vous allergique à certains aliments ?

☐ Non

☐ Oui, précisez

4- Avez-vous l'habitude de modifier l'alimentation « ordinaire » ?

Exemple : haché, mouliné, coupé très fin, boisson épaissie, compléments comme le Fortimel,...

☐ Non

☐ Oui, précisez :
.....

5- Avez-vous un (ou des) plat(s) préféré(s). Exemple : Pâté de pomme de terre, glace....

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

6- Avez-vous un (ou des) plat(s) que vous détestez. Exemple : Tripes, chocolat....

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

7- REMARQUES PARTICULIERES QUE VOUS SOUHAITEZ FORMULER

Exemple : j'aime les choux mais je les digère mal. J'en mange, mais peu, sinon ce n'est pas confortable.

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

Signature du résident ou de son représentant légal :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION ET A L'EQUIPE SOIGNANTE :

Lieu du repas en salle à manger :

☐ SAM RDC

☐ BIBLIOTHEQUE

☐ PANORAMIQUE

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^{er} 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^{er} 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 MONTLUCON, 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^{er} 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

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'EHPAD de HERISSON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD de HERISSON

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 35ZZZ827954

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : EHPAD de HERISSON

Adresse 2 rue des CUEILS

Code postal : 03190

Ville : HERISSON

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Le

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par (NOM DU CREANCIER). En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec (NOM DU CREANCIER).

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

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

E.H.P.A.D. des Cueils, 03190 HERISSON

CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2287-1 à 2316 du Code Civil)
(À établir en deux originaux)

Il doit être renseigné par l'ensemble des obligés alimentaires et/ou par toute personne se portant garante du résident admis dans l'établissement à titre payant.

Nom et Prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile :

.....

Tel :

Mail :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée « Hébergement » et du ticket modérateur du tarif dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- des autres prestations d'hébergement.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

E.H.P.A.D. des Cueils, 03190 HERISSON

CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2287-1 à 2316 du Code Civil)
(À établir en deux originaux)

Il doit être renseigné par l'ensemble des obligés alimentaires et/ou par toute personne se portant garante du résident admis dans l'établissement à titre payant.

Nom et Prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile :

.....

Tel :

Mail :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée « Hébergement » et du ticket modérateur du tarif dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- des autres prestations d'hébergement.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

E.H.P.A.D. des Cueils, 03190 HERISSON

CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2287-1 à 2316 du Code Civil)
(À établir en deux originaux)

Il doit être renseigné par l'ensemble des obligés alimentaires et/ou par toute personne se portant garante du résident admis dans l'établissement à titre payant.

Nom et Prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile :

.....

Tel :

Mail :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée « Hébergement » et du ticket modérateur du tarif dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- des autres prestations d'hébergement.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

E.H.P.A.D. des Cueils, 03190 HERISSON

CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2287-1 à 2316 du Code Civil)
(À établir en deux originaux)

Il doit être renseigné par l'ensemble des obligés alimentaires et/ou par toute personne se portant garante du résident admis dans l'établissement à titre payant.

Nom et Prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile :

.....

Tel :

Mail :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée « Hébergement » et du ticket modérateur du tarif dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- des autres prestations d'hébergement.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

E.H.P.A.D. des Cueil, 03190 HERISSON

CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2287-1 à 2316 du Code Civil)
(À établir en deux originaux)

Il doit être renseigné par l'ensemble des obligés alimentaires et/ou par toute personne se portant garante du résident admis dans l'établissement à titre payant.

Nom et Prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile :

.....

Tel :

Mail :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée « Hébergement » et du ticket modérateur du tarif dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- des autres prestations d'hébergement.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

Règlement de fonctionnement

EHPAD DE HERISSON

Présentation au CTE : 8 septembre 2021
Présentation au CVS : 21 septembre 2021
Présentation au CA : 22 septembre 2021

SOMMAIRE

I DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Objet du règlement de fonctionnement	2
Article 2. Elaboration du règlement de fonctionnement	2
Article 3. Diffusion du règlement de fonctionnement	2

II L'EXERCICE DES DROITS DES RESIDENTS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Article 4. Les valeurs de l'établissement	3
Article 5. Les droits des résidents	3
Article 6. Les modes d'échange entre l'établissement et le résident	4
Article 7. Le droit à la confidentialité	5
Article 8. Le droit à l'image	6
Article 9. Le respect des volontés	6
Article 10. L'unité protégée	7
Article 11. L'implication des proches	7
Article 12. La continuité du service offert aux résidents et les conditions de reprise des prestations après interruption	8
Article 13. L'accès aux différents espaces	9
Article 14. La sécurité des personnes et des biens	10

III LES OBLIGATIONS LIEES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Article 15. Adoption d'un comportement civil	12
Article 16. Adoption d'un comportement compatible avec la vie en collectivité	12
Article 17. Respect des règles d'hygiène	13
Article 18. Le respect des biens et équipements	14
Article 19. Acquittement des frais de séjour	14
Article 20. Respect du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement	16

I. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Objet du règlement de fonctionnement

Conformément à l'article L.311-7 du Code de l'action sociale et des familles, le règlement de fonctionnement est élaboré afin de définir « *les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service* ».

Article 2. Elaboration du règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement est rédigé par les professionnels de l'établissement, avant d'être présenté aux différentes instances : instances représentatives du personnel et Conseil de vie sociale. Il est ensuite adopté en Conseil d'administration.

Toutes ces instances peuvent proposer la révision de ce document lorsque cela apparaît nécessaire. En tout état de cause, le règlement de fonctionnement doit être révisé au minimum tous les cinq ans.

Article 3. Diffusion du règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil qui est remis à chaque personne accueillie ou à son représentant légal ; ainsi qu'à chaque nouveau professionnel. Chacune des personnes susvisées atteste avoir reçu un exemplaire du règlement et s'engage à en respecter les termes, avec toutes conséquences de droit.

Il est par ailleurs présenté à toutes les instances représentatives de l'établissement, affiché dans les locaux et publié sur le site internet de l'EHPAD (<https://ehpad-herisson.fr>, onglet admission – documents à télécharger).

II. L'EXERCICE DES DROITS DES RESIDENTS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Article 4. Les valeurs de l'établissement

La philosophie de l'établissement est articulée autour du respect de la personne accueillie : respect de ses droits, respect de ses volontés, respect de sa dignité. La liberté doit être préservée des excès de sécurité.

La philosophie de l'Humanitude® est diffusée au sein de l'EHPAD par des formations annuelles. Au cœur des pratiques observées se trouve la bientraitance. L'établissement s'engage à promouvoir un accompagnement bienveillant et bientraitant. Toute attitude maltraitante doit être dénoncée à la Direction, afin que les mesures nécessaires soient adoptées.

Article 5. Les droits des résidents

Les résidents de l'établissement conservent leurs droits et libertés fondamentales de citoyen.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, annexée au livret d'accueil, rappelle les grands principes de l'accompagnement :

- Principe de non-discrimination
- Droit à un accompagnement adapté
- Droit à l'information
- Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- Droit à la renonciation
- Droit au respect des liens familiaux
- Droit à la protection
- Droit à l'autonomie
- Principe de prévention et de soutien
- Droit à l'exercice des droits civiques
- Droit à la pratique religieuse
- Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Plusieurs outils sont déployés pour garantir l'effectivité de ces droits :

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie : annexée au livret d'accueil et affichée au sein de l'établissement, elle protège les droits des résidents
- Le contrat de séjour : il prévoit également la protection des libertés des résidents et leur déclinaison au cœur d'un accompagnement personnalisé
- Le livret d'accueil est là pour éclairer les résidents sur le quotidien de l'établissement et sur la manière dont leurs droits sont mis au centre de notre organisation
- Le projet de vie, support de l'individualisation de l'accompagnement, il permet également de recenser les droits du résident
- Le projet d'établissement est un mode d'expression des moyens mis en œuvre au sein de l'établissement, au service des résidents
- Le Conseil de vie sociale, les réunions générales avec résidents, famille et personnel de l'établissement sont des espaces de dialogue pour préserver les droits et libertés de chacun

Article 6. Les modes d'échange entre l'établissement et le résident

Les résidents jouissent pleinement de leur liberté d'expression et ont le droit d'exprimer leurs opinions au sein de l'établissement, à tout moment.

La loi 2002-2 a créé des Conseils de la vie sociale (CVS) dans tous les établissements.

Les membres du CVS sont :

- Des représentants des résidents, élus par les résidents
- Des représentants des familles et représentants légaux, élus par les familles et les représentants légaux
- Un représentant du personnel
- Un représentant de l'administration, désigné par le Conseil d'administration
- Des invités différents selon les sujets abordés : responsable des admissions, animatrice, médecin coordonnateur...

Il se réunit trois fois par an au minimum. Il doit procéder à la réélection de ses membres tous les trois ans. La dernière élection pour le CVS s'est tenue en 2019.

Par ailleurs, les familles et résidents peuvent échanger à tout moment avec l'établissement, en dehors du cadre du CVS, et demander à prendre rendez-vous avec la personne de leur choix (médecin, cadre de santé, direction, psychologue...), selon le sujet qu'ils souhaitent aborder. Parfois des réunions générales ou des groupes de parole sont organisés pour discuter de thématiques déterminées. Le dialogue entre les résidents et l'établissement se doit d'être ouvert et permanent.

En cas de désaccord persistant entre l'établissement et un résident (ou une famille), si le dialogue n'a pas permis de régler la situation, il peut être fait appel aux « personnes qualifiées ». Ces personnes qualifiées sont des tiers, nommés conjointement par l'ARS, la Préfecture et le Conseil départemental. La liste de ces personnes qualifiées est disponible sur tous les panneaux d'affichage de l'établissement, sur le site de l'ARS et sur le site de l'établissement.

Article 7. Le droit à la confidentialité

Toutes les informations (médicales comme administratives) relatives à l'accompagnement du résident au sein de l'EHPAD sont confidentielles. Les professionnels de l'établissement constituent une équipe pluridisciplinaire qui est collectivement tenue au secret professionnel.

L'accès au dossier médical est réservé au résident lui-même ou à son représentant légal. Le résident peut demander à consulter son dossier médical par courrier adressé au médecin coordonnateur de l'établissement. Il peut être accompagné de la personne de son choix. Le médecin coordonnateur pourra souhaiter dans certains cas, en conformité avec ses obligations déontologiques, que leur communication s'effectue avec des précautions particulières.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque résident dispose des droits d'opposition, d'accès et de rectification des données (médicales ou administratives) le concernant. Ainsi, il peut exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées,

prises à jour ou effacées les informations le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite.

Article 8. Le droit à l'image

Dans certaines circonstances, l'établissement est amené à réaliser des photographies ou bien de courts films (lors d'animations, d'excursions...). Ces images peuvent être diffusées en interne et parfois dans la presse locale.

A cet effet, un formulaire d'autorisation ou de refus d'utilisation de son image est joint au contrat de séjour. Le résident peut à tout moment signaler qu'il souhaite changer d'avis.

Article 9. Le respect des volontés

Le respect des volontés du résident passe par un accompagnement personnalisé.

Tout d'abord une visite de préadmission, réalisée par la cadre de santé de l'établissement, permet au résident d'avoir un premier contact avec l'EHPAD et le sujet de son admission est discuté ouvertement. Au cours de cette visite, la cadre de santé réunit des informations sur l'histoire de vie de la personne et ses habitudes au quotidien, afin que dès son entrée dans l'établissement, l'accompagnement proposé soit adapté au nouveau résident.

Puis, dans les six mois suivant son entrée, le résident est invité à une réunion pluridisciplinaire où il peut raconter plus en détail son histoire et ses habitudes de vie. Cette rencontre est également l'occasion d'échanger avec le résident autour de la personnalisation de son accompagnement quotidien et la construction d'un projet de vie individualisé.

Le résident conserve sa liberté de conscience et le libre-choix de son culte. Ces informations sont recueillies lors de la l'admission et l'élaboration du projet de vie individualisé. Le respect du culte des personnes est fondamental.

Par ailleurs, le résident peut également désigner une personne de confiance. Le rôle de la personne de confiance est d'accompagner le résident dans toutes ses

démarches et rendez-vous médicaux, si ce dernier le souhaite. Elle est également consultée en priorité par les intervenants médicaux si le résident n'est plus en mesure de donner son avis.

Enfin, toutes les volontés concernant la fin de vie du résident seront respectées. Le résident peut les faire connaître à tout moment aux membres du personnel, il peut également changer d'avis librement et le signaler à l'équipe.

Article 10. L'unité protégée

L'établissement bénéficie de 15 places en unité protégée, appelée unité « Thélème ». Elle est dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée), dont les troubles psycho-comportementaux ne permettent pas une vie en maison de retraite traditionnelle. Cette unité peut admettre de nouveaux résidents mais également des résidents de l'établissement qui peuvent bénéficier d'un transfert si leur état de santé le nécessite et qu'une place est disponible. Le transfert est toujours une démarche partenariale entre l'équipe, le médecin coordonnateur, le résident et sa famille ou son représentant légal.

L'admission à l'unité protégée n'est généralement que temporaire. En effet, l'unité a vocation à répondre à certaines manifestations bien spécifiques de la maladie, qui ne sont pas permanentes. Lorsque le résident ne relève plus de l'unité, il est de nouveau proposé un transfert vers l'hébergement traditionnel.

Article 11. L'implication des proches

Les familles, amis et proches des résidents sont les bienvenus dans l'établissement. Les heures de visites ne sont pas restreintes, mais doivent rester compatibles avec le fonctionnement de l'établissement, notamment le respect de l'intimité du résident lors de ses soins le matin. A partir de 21 heures les accès à l'établissement sont fermés, mais les visites restent possibles, à condition de prévenir l'établissement en amont.

Les résidents peuvent sortir en famille s'ils le souhaitent, pour une demi-journée, une journée, un weekend ou plus mais il convient d'en informer l'établissement une semaine avant.

Les résidents peuvent également inviter les personnes de leur choix à déjeuner ou dîner à l'EHPAD (notamment pour les fêtes de fin d'année). Les invités devront s'acquitter du prix de leur repas auprès de la régie de l'établissement, par chèque. Le montant des repas est affiché à l'accueil et sur les panneaux d'information. Le repas doit être réservé 48 heures à l'avance.

Les proches peuvent demander la location temporaire d'une chambre située dans un pavillon en face de l'établissement : l'installation comprend une chambre, une salle de bain, un WC et une petite cuisine. La location est payante et ces tarifs sont affichés à l'accueil de l'établissement et sur les panneaux d'information.

Les visiteurs de l'établissement sont tenus de respecter les mêmes règles que celles s'appliquant au résident, décrites ci-après dans le règlement de fonctionnement, dans la partie III relative aux obligations. Cela concerne essentiellement des notions de respect des lieux d'accueil, le respect des résidents, le respect des professionnels et le respect des règles pouvant être ponctuellement mises en place. Les visiteurs peuvent venir accompagnés d'animaux domestiques, si ceux-ci respectent la tranquillité et la propreté des lieux, qu'ils sont vaccinés et tenus en laisse. Les visiteurs atteints d'une maladie contagieuse (gastro-entérite, grippe...) sont priés de décaler leur visite.

Les visiteurs ne respectant pas les règles de l'établissement peuvent se voir interdire l'accès à l'établissement.

La venue et la circulation des visiteurs au sein de l'établissement peuvent être temporairement encadrées ou restreintes, en déclinaison des consignes sanitaires nationales ou en cas de situation exceptionnelle sur l'établissement.

Article 12. La continuité du service offert aux résidents et les conditions de reprise des prestations après interruption

L'établissement est ouvert tous les jours de l'année et 24 heures sur 24, sans exception. Les prestations d'accompagnement sont proposées quotidiennement, sans interruption. La nuit, une présence soignante est assurée pour la sécurité et le bien être des résidents. En cas de besoin, les urgences, le SAMU ou la garde médicale peuvent être sollicités la nuit par l'équipe présente.

Certaines prestations ne sont cependant offertes qu'en semaine (traitement du linge, animation, aide administrative, PASA, accueil de jour).

Article 13. L'accès aux différents espaces

L'établissement abrite plusieurs types de locaux : locaux à usage privé locaux à usage collectif et locaux à usage professionnel. Les modalités d'accès à ces espaces varient selon la nature des locaux.

Locaux à usage privé

Les chambres des résidents sont des locaux à usage privé. En effet, chaque résident établit son domicile dans la chambre qui lui est attribué au cours de son séjour. Sa chambre n'est accessible que par lui-même, les professionnels de l'établissement (après avoir frappé et obtenu l'accord du résident pour y entrer, sauf en cas d'urgence de type incendie, malaise, etc.) et les personnes conviées expressément par le résident. Le résident peut demander la clé de sa chambre.

Les résidents sont libres d'aménager et décorer la chambre comme ils le souhaitent, dans le respect de deux limites : la chambre doit rester facilement accessible pour les professionnels lorsqu'ils ont des soins à prodiguer et les modifications ne doivent pas porter atteinte au bâti (pour la fixation d'éléments aux murs par exemple, il est nécessaire de s'adresser aux services techniques).

Après en avoir fait la demande auprès de la direction, les résidents peuvent apporter des appareils électro-ménagers à la condition *sine qua none* que ces appareils soient neufs, garantis, conformes à la réglementation européenne et entretenus régulièrement par leurs soins.

Dans certaines situations bien précises, il peut arriver que le résident doive changer de chambre :

- Risque pour sa santé (par exemple : en cas d'évènement climatique exceptionnel ou si la chambre subit une détérioration nécessitant des réparations importantes)
- Amélioration de l'accompagnement quotidien (par exemple : transfert vers une chambre plus grande permettant de circuler en fauteuil ou de recourir à du matériel plus adapté ; ou bien dans une chambre plus près d'un lieu de vie)
- Evacuation générale de l'établissement en raison d'une urgence

Mis à part ce dernier cas, l'avis du résident et de ses proches est toujours recherché. En tout état de cause, ils sont informés préalablement à ce changement.

Locaux à usage collectif

Il s'agit des locaux destinés à accueillir l'ensemble ou une partie des résidents de l'établissement : salle de restauration, salle d'animation, petits salons d'étage, bibliothèques, sanitaires communs, accueil, parcs.

Ces locaux sont accessibles à tous : résidents et visiteurs, pour en faire l'usage auxquels ils sont destinés. Cet accès est libre, avec trois limites :

- Le respect du rythme de l'établissement (matinées consacrées aux soins, horaires des repas, temps de réalisation du bionettoyage)
- Le respect du calme des lieux et de la présence d'autres résidents et familles
- Le respect d'éventuelles règles sanitaires.

Les locaux professionnels

Il s'agit des lieux de travail des agents lorsqu'ils ne sont pas auprès des résidents : cuisine, lingerie, bureaux administratifs, infirmerie, vestiaires, ateliers, locaux techniques.

L'accès à ces locaux est interdit aux personnes extérieures à l'établissement, si elles n'y sont pas autorisées et accompagnées. En effet, ces locaux répondent à des règles de confidentialité, de sécurité et d'hygiène spécifiques.

Article 14. La sécurité des personnes et des biens

La sécurité des personnes est un enjeu majeur pour l'établissement. Ainsi une présence soignante 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 permet une intervention rapide en cas de besoin, ou un transfert vers les urgences si l'état de santé du résident dépasse le champ de compétence de l'EHPAD.

Les résidents ont chacun un appel-malade dans leur chambre qui est utilisable 24 heures sur 24.

Les services techniques assurent la sécurité du bâtiment (entretien et maintenance des réseaux, des appareillages, des équipements, etc.).

Afin de ne pas entraver la sécurité de l'établissement, il est demandé aux résidents de ne pas apporter d'appareils électriques ou électro-ménagers sans avoir obtenu une autorisation préalable de la part de la Direction.

Par ailleurs, certains équipements sont formellement interdits pour des raisons de sécurité incendie : appareils chauffants, bougies, etc.

Il est recommandé aux résidents de ne pas prendre avec eux d'objets de valeur ni d'argent. L'établissement ne dispose pas de coffre-fort et l'administration n'a pas compétence pour garder de tels objets de valeur. S'ils le souhaitent, les résidents peuvent se procurer un petit coffre-fort personnel dans leur chambre. En tout état de cause, l'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte des effets personnels des résidents.

Si l'établissement est assuré au titre de ses activités, il est demandé aux résidents d'être eux-mêmes être assurés pour leur responsabilité civile personnelle. Cela permet de protéger le résident si celui-ci cause un dommage à un autre résident, visiteur ou personnel de l'établissement ou bien commet des dégradations matérielles.

L'établissement est doté d'un « plan bleu » : il s'agit d'un document recensant l'ensemble des protocoles à appliquer en cas de situation exceptionnelle. Cela peut concerner les protocoles en cas d'épidémie (isolement en chambre, utilisation de matériel adapté, ...), en cas de canicule, ou en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Ces protocoles découlent de directives nationales et leur application est à la libre-appréciation de la Direction. Elles peuvent faire l'objet d'adaptation selon les circonstances locales.

Pour des raisons de sécurité, il est strictement interdit à tout résident, personnel ou visiteur de détenir tout type d'arme (à feu, blanche, objet contondant/tranchant ayant vocation à blesser...) au sein de l'établissement.

Enfin l'établissement est engagé dans la lutte contre le risque d'incendie : la commission de sécurité passe régulièrement vérifier que l'EHPAD respecte les normes et la réglementation en vigueur. Tous les agents sont formés annuellement à la sécurité incendie. Des plans d'évacuation et les consignes à appliquer en cas de déclenchement de l'alarme incendie sont affichés dans les couloirs.

III. LES OBLIGATIONS LIEES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Article 15. Adoption d'un comportement civil

Le résident doit observer un comportement respectueux des autres résidents et professionnels intervenant dans la structure.

Tout problème ou infraction est immédiatement remonté à la Direction. Un dialogue s'ouvre alors entre l'établissement et les personnes concernées (résident ou proches), au cours duquel les obligations sont rappelées à l'auteur des manquements constatés. Au besoin, des réunions peuvent être organisées.

Si le comportement observé est trop irrespectueux, l'établissement est en mesure de mettre fin au contrat de séjour et donc à l'hébergement de la personne accueillie, qui devra alors organiser son retour à domicile ou son transfert dans un autre établissement, dans un délai d'un mois (délai de préavis figurant au contrat de séjour).

Parallèlement, si les faits constatés sont civilement et/ou pénalement répréhensibles, l'établissement pourra déposer plainte contre l'auteur de ces infractions. En effet, il est rappelé que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures judiciaires.

L'état de santé du résident est pris en compte dans l'appréciation de sa capacité de discernement.

Pour les visiteurs, il est rappelé, qu'en cas de comportement incivil ou délictuel, l'accès à l'établissement peut leur être formellement interdit.

Article 16. Adoption d'un comportement compatible avec la vie en collectivité

L'EHPAD est une collectivité dans laquelle évoluent l'ensemble des résidents et des professionnels. Cela implique le respect d'un certain nombre de règles de vivre-ensemble.

Chacun doit s'engager dans un respect mutuel des personnes rencontrées dans l'établissement : respect de leur vie privée, de leur intimité de leurs convictions.

La consommation excessive d'alcool est interdite au sein de l'établissement. Fumer dans les parties communes est par ailleurs interdit. Pour des raisons de sécurité, cela n'est pas non plus autorisé dans les chambres (risque de départ de feu et risque d'explosion en raison de la présence de bouteilles d'oxygène au sein de l'établissement). Les résidents peuvent néanmoins demander à être conduits dans le parc pour pouvoir fumer ou bien sur le balcon de leur chambre, le cas échéant.

Les télévisions ou radios doivent être écoutées à un niveau sonore raisonnable, ne troublant pas le repos des voisins de chambre. En cas de problèmes d'audition, le recours à un casque est recommandé.

Les déjeuners et diners sont pris en salle de restauration collective. Seul le petit déjeuner est servi en chambre. Si son état de santé le justifie, le résident peut ponctuellement prendre ses repas en chambre. En dehors de ce cas spécifique, les résidents ne peuvent pas demander un service en chambre, du fait de l'incompatibilité d'un tel aménagement avec l'organisation du service.

Les animaux visiteurs sont les bienvenus s'ils sont vaccinés, tenus en laisse et respectueux de la propreté et de la tranquillité des lieux. Cependant, il n'est pas possible pour un résident de s'installer à l'EHPAD avec ses animaux domestiques.

Il est rappelé que, conformément au contrat de séjour, un comportement incompatible avec la vie en collectivité est un motif de rupture de l'hébergement.

Article 17. Respect des règles d'hygiène

La vie en collectivité implique que, tant les professionnels que les résidents, doivent respecter un certain nombre de normes d'hygiène.

L'établissement assure lui-même l'entretien des locaux et son hygiène. Le ménage est fait dans les espaces communs ainsi que dans toutes les chambres par l'équipe de bionettoyage. Il est néanmoins demandé aux résidents de ne pas stocker dans leur chambre des produits périssables, malodorants ou dangereux. Les réfrigérateurs amenés par les résidents (après accord de la Direction) doivent être entretenus par ceux-ci ou par leur entourage.

L'équipe soignante passe quotidiennement accompagner les résidents pour leur toilette. Il appartient aux résidents d'avoir une hygiène corporelle compatible avec la vie en collectivité. Les produits d'hygiène sont à leur charge.

Le linge personnel, le linge de bain et le linge plat sont entretenus par l'EHPAD.

S'ils le souhaitent les résidents peuvent refuser l'entretien de leurs vêtements par l'établissement et demander à leur entourage de s'en charger. Le linge des résidents est traité à 40 degrés, mais peut ponctuellement être traité à plus haute température en cas de présence d'une maladie contagieuse, conformément aux règles de bonnes pratiques d'hygiène en établissement médico-social. Le linge personnel doit être marqué avec des étiquettes résistantes à un nettoyage de type « collectivité ». Un service de fourniture et de pose d'étiquettes adaptées est proposé par l'établissement selon les tarifs affichés sur les panneaux d'information et à l'accueil de l'établissement.

Le linge de toilette et le linge plat sont fournis par l'établissement sans surcoût. Il est nécessairement entretenu par l'établissement et/ou ses prestataires afin de respecter les normes d'hygiène. Ce type de linge ne peut pas être nominatif.

Article 18. Le respect des biens et équipements

Le comportement respectueux exigé s'étend également aux biens et équipements de l'établissement, qu'ils soient collectifs ou personnels. Il est demandé à chacun de ne pas nuire à la propreté des locaux ni de dégrader les espaces (tant privés que collectifs).

En cas de destruction de matériel, la responsabilité civile du résident pourra être recherchée et la réparation lui être facturée.

Article 19. Acquiescement des frais de séjour

Chaque mois, le résident doit s'acquiescer des frais dits « d'hébergement ». La facture est calculée selon un prix de journée, déterminé chaque début d'année par le Conseil départemental de l'Allier. Ces tarifs sont disponibles sur les panneaux d'affichage. En cas d'absence temporaire de l'établissement, la

facturation peut être partiellement réduite, selon les modalités décrites au contrat de séjour.

Si le résident est dans l'incapacité de payer, il doit avoir recours à ses obligés alimentaire ou bien faire une demande d'admission à l'aide sociale auprès du département. Le personnel administratif de l'établissement peut accompagner les résidents qui le souhaitent dans cette démarche.

Comme stipulé au contrat de séjour, le non-paiement des frais d'hébergement est un motif de rupture de l'hébergement par l'établissement.

D'autres sources de financement viennent compléter les ressources de l'EHPAD.

Ainsi, l'Assurance maladie verse mensuellement un « forfait soins » qui permet le paiement des frais liés au personnel médical et soignant : médecins généralistes, psychomotricienne, kinésithérapeute, psychologue, infirmières, aides-soignantes.

Les examens de biologie et de radiologie sont à la charge de l'établissement. Concernant les examens de biologie, l'établissement travaille en partenariat avec le laboratoire GENBIO de Montluçon. Le laboratoire GENBIO opère un traitement des données respectueux de la réglementation en vigueur. Le traitement de ces données est expliqué en annexe 1 de ce règlement de fonctionnement.

Le forfait soin prend également en charge le matériel médical de base, aussi il appartient aux résidents ne pas acheter eux-mêmes leur matériel type fauteuil roulant, déambulateur, etc., mais d'en faire la demande auprès de l'établissement.

Les prothèses et médicaments sont en revanche à la charge des résidents. L'établissement travaille en collaboration avec la pharmacie de l'Aumance, située à Cosne d'Allier pour la préparation de tous les piluliers.

Il est recommandé aux résidents de souscrire à une mutuelle complémentaire pour faire face à d'éventuels frais médicaux non-pris en charge par l'établissement : hospitalisation, transports sanitaires, consultation de spécialistes...

Le département verse à l'établissement la part de financement liée à l'Allocation personnalisée d'autonomie (l'APA). Les résidents ont droit au

versement de cette aide dont le montant est corrélé au niveau de dépendance estimé par l'équipe pluridisciplinaire.

Le Conseil départemental de l'Allier verse à l'établissement un forfait global couvrant l'APA tous les résidents originaires de l'Allier, ainsi aucune prestation « dépendance » n'est facturée au résident.

Concernant les résidents issus d'un autre département, le montant du forfait dépendance leur est facturé et leur département d'origine leur verse l'APA en contrepartie.

Article 20. Respect du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement

Le non-respect des règles indispensables au bon déroulement de la vie en collectivité peut entraîner une sanction s'agissant des professionnels de l'établissement et une rupture du contrat de séjour s'agissant des résidents.

Les intervenants autres dans l'établissement sont également tenus de respecter les règles de fonctionnement de l'établissement, sous peine de résiliation des contrats ou conventions éventuels les liant à l'établissement.

**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)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

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	☐	☐
Tabac	☐	☐
Sevrage	☐	☐

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		
Uréterostomie		
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

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 ☐

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 BENEFICIEZ 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 DESIGNÉ 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 / SAD¹ ☐ 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⁽¹⁾

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

¹ 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 nycthéméral ☐
- . hypersomnie ☐
- . anorexie ☐
- . hyperphagie ☐
- . troubles de la déglutition ☐
- . exhibitionnisme ou tr. de la sexualité ☐
- . incontinence urinaire ☐
- . incontinence fécale ☐
- . coprophagie ☐

Autres pathologies actuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....