



Dossier d'inscription



Association Joachim Fleury - EHPAD
27 rue de la barrière - BP 45 - 22250 BROONS
☎ 02.96.84.78.09

association.joachim.fleury@gmail.com - Site internet <http://jfleury.fr>

Madame, Monsieur,

Pour vous-même ou pour l'un de vos proches, vous souhaitez une admission au sein de notre Établissement.

Nous vous remercions pour ce choix et cette marque de confiance.

Le retrait d'un dossier constitue la première étape indispensable, mais l'admission ne saurait être acquise par cet acte.

Il est important que les documents joints soient remplis avec le plus grand soin, tant par vous-même que par votre médecin traitant qui connaît parfaitement l'enjeu de ce dossier.

Vous voudrez bien noter que seul le retour complet du dossier, avec le certificat médical selon le modèle joint conditionne la validité de votre inscription.

Dès qu'il sera en notre possession, il sera scrupuleusement étudié, à la fois par la Direction et par le Médecin Coordonnateur. Vous recevrez alors une attestation qui confirmera l'inscription.

Le dossier peut être déposé à l'accueil de l'Etablissement ou envoyé sous pli postal.
Le certificat médical, sous enveloppe fermée, marquée « Confidentiel Médical » peut vous être remis en main propre par votre médecin. Il peut aussi être adressé directement au :

**Médecin Coordonnateur
EHPAD Joachim Fleury
27, rue de la Barrière - B.P.45
22250 BROONS**

Dès qu'une possibilité d'admission se présentera, nous ne manquerons pas de vous en informer. Au préalable, nous vous invitons, dès à présent, à rassembler les documents nécessaires lors de l'entrée et dont vous trouverez la liste complète au sein de ce dossier.
Notre Médecin Coordonnateur pourra être amené à s'entretenir avec la personne demandeuse afin de mettre à jour, le cas échéant, son profil médical.

Si, par des demandes dans d'autres Etablissements, vous obteniez satisfaction dans l'un d'entre eux, nous vous remercions de bien vouloir nous en informer.

Espérant pouvoir rapidement vous satisfaire, nous restons à votre disposition pour tout renseignement et vous prions de croire, **Madame, Monsieur**, en nos considérations distinguées.

La direction

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR AU JOUR DE L'ADMISSION DEFINITIVE

- ☐ Demande d'autorisation de prélèvement complétée
- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal
- ☐ Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- ☐ Carte nationale d'identité ou carte de séjour
- ☐ Carte d'assuré social (Vitale + **attestation**)
- ☐ Carte mutuelle ou attestation d'assurance complémentaire
- ☐ Jugement du tribunal (si décision de sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle)
- ☐ Avis d'imposition ou de non-imposition
- ☐ Justificatifs des revenus :
 - Attestations mensuelles des caisses de retraite
 - Montants mensuels ou trimestriels des pensions et rentes
 - Notification d'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)
 - Attestation d'Allocation Logement
- ☐ Carte d'invalidité
- ☐ Carte d'électeur
- ☐ Contrat d'obsèques, le cas échéant
- ☐ Directives anticipées, le cas échéant (précisant les souhaits en fin de vie).

Les photocopies de ces documents peuvent être effectuées au secrétariat de l'Association.

Dispositions spécifiques à l'Hébergement Temporaire :

Par téléphone ou à notre accueil, vous avez été informé de la disponibilité aux dates souhaitées d'un accueil temporaire. Ce dossier vous a été remis ou expédié.

Nous vous remercions de nous le retourner au plus tôt avec le Certificat Médical.

Un devis pour la durée du séjour souhaité vous sera adressé.

Vous noterez que le séjour temporaire est au minimum de trois semaines. Les entrées et sorties n'ont jamais lieu le week-end et jours fériés. La réception du règlement par chèque du séjour réservé nous permettra la réservation ferme du séjour.

En cas d'annulation :

- Plus de 30 jours avant l'entrée : 20% du tarif en cours de 10 jours d'hébergement
- Entre 20 et 29 jours avant l'entrée : 50% du tarif en cours de 10 jours d'hébergement
- Entre 10 et 19 jours avant l'entrée : 80% du tarif en cours de 10 jours d'hébergement
- Moins de 10 jours avant l'entrée : 100% du tarif en cours de 10 jours d'hébergement.

Un séjour temporaire interrompu, quelle qu'en soit la raison, est facturé jusqu'à son terme dans la limite de 15 jours.

Nota :

Les entrées se font à partir de 14h30 du lundi au vendredi.

Les sorties se font avant 12h00 du lundi au vendredi.

PIECES A FOURNIR :

- Carte d'assuré social (Vitale + attestation)
- Carte mutuelle ou attestation d'assurance complémentaire

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ____ / ____ / ____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ____ / ____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ____ / ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (vé) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance² : OUI ☐ NON ☐

Existence d'un animal de compagnie : OUI ☐ NON ☐

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Résidence autonomie ☐ Résidence service seniors ☐ Long séjour ☐

EHPAD ☐ Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ ☐ SSIAD² ☐ SPASAD³ ☐ Accueil de jour ☐ HAD ☐ Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI ☐ NON ☐

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ EN COURS¹ ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale² ☐

Mandat de protection future³ actif⁴ ☐ non actif ☐

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule ☐
- Obligés alimentaires ou autres tiers ☐
- Caisse de retraite : ☐ Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐
- Prestation pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ____ / ____ / ____	
Signature de la personne concernée ou de son représentant légal	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹ ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI ☐ NON ☐

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé ¹
	ALD : OUI ☐ NON ☐
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille		Poids		Amaigrissement récent ²	Oui	Non
--------	--	-------	--	------------------------------------	-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI ☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute	Oui	Non	Risque de fausse route	Oui	Non	Soins palliatifs	Oui	Non
-----------------	-----	-----	------------------------	-----	-----	------------------	-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies

Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas	
date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Durée du soin :

Type de pansement (*préciser*) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

Désigner votre personne de confiance

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Pendant votre séjour à l'EHPAD, il vous est possible de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous et en qui vous avez confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette « Personne de Confiance » pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Quelles sont les missions de la personne de confiance ?

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle peut vous :

- Soutenir dans vos démarches dans l'établissement de santé et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.
- **Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux afin** de vous aider à prendre des décisions. Elle vous assiste mais ne vous remplace pas !
- Elle a le devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir et ne peut les révéler à d'autres personnes sans votre autorisation.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté :

- **La personne de confiance sera consultée en priorité** par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitement et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.
- **Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté par exemple pour la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.**
- Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra à votre médecin ou elle l'informerait de la personne qui les détient.
- Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions. La décision est prise par le médecin après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose ou en cas de décès. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure peut le faire.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation. Vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Qui peut être « La Personne de Confiance » ?

La personne de confiance est une personne majeure avec qui vous avez des liens de confiance existants avant votre hospitalisation : cette personne doit bien vous connaître (vos valeurs, vos convictions, votre situation personnelle...).

Ainsi la personne de confiance peut être un proche ou encore votre médecin traitant.

Comment la désigner ?

- Vous pouvez utiliser ce formulaire ci-joint au recto. Celui-ci sera inséré dans votre dossier médical.
- Vous pouvez la faire sur papier libre, daté, signé, en précisant ses noms, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable par l'établissement. La personne de confiance doit, dans la mesure du possible, cosigner le document la désignant.
- Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est votre volonté.

Cette désignation est valable pendant toute la durée de votre séjour et ultérieurement si vous le souhaitez (hébergement temporaire ou permanent).

Elle est révocable à tout moment. Il vous suffit d'avertir l'IDEC ou le Directeur et désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Comment faire connaître ce document ?

- Lors de votre admission à l'EHPAD, il est important que les professionnels soient informés que vous avez choisi **votre personne de confiance et aient ses coordonnées** dans votre dossier. Votre document sera intégré dans le dossier médical.
- Vous pouvez également conserver le document vers vous.

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

(pour une personne majeure accueillie en EHPAD)

Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ce formulaire :

** est valable pendant la durée du séjour*

** n'est pas une obligation*

** est révocable à tout moment*

Je soussigné(e) (nom de jeune fille, nom marital, prénom) Date de naissance :/...../.....

Adresse :

N° de téléphone :

Déclare avoir été informé(e) de l'intérêt de désigner une personne de confiance et

☐ ne souhaite pas à ce jour désigner une personne de confiance

☐ souhaite désigner une personne de confiance :

Nom, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Lien (parent, proche, médecin traitant...) :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de **Personne de Confiance**

☐ pour la durée de mon séjour à l'EHPAD Joachim Fleury

☐ jusqu'à ce que j'en décide autrement

J'ai bien noté que Mme, M. :

* pourra être consulté(e) par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou dans l'impossibilité de la joindre, aucune intervention ne pourra être réalisée sans consultation préalable.

* qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches liées à l'EHPAD et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes choix concernant ma santé

* ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin

Je m'engage à prévenir la personne de confiance que j'ai désignée et à l'informer :

☐ de son rôle éventuel en qualité de personne de confiance

☐ du fait que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier patient

J'ai confié un exemplaire de mes directives anticipées à ma personne de confiance : ☐ OUI ☐ NON

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

Le :

Signature :

Accord de la personne désignée :

Je soussigné(e).....

Donne mon accord pour assister :

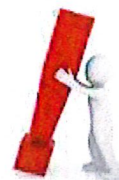
Mme,M.....

En qualité de personne de confiance pour la durée de son séjour.

Fait à :

Le :

Signature :



L'entrée en EHPAD ne doit pas vous obliger à changer vos habitudes.
Ainsi, il n'y a pas de trousseau type.
Il est important que vous veniez avec vos effets personnels
et que vous les utilisiez comme si vous étiez chez vous.
Toutefois, conscients que vous avez peut-être besoin d'informations,
voici une liste non exhaustive des fournitures ou produits que vous pouvez amener.



Un seul impératif : TOUS LES VÊTEMENTS APPORTÉS DOIVENT
ETRE **MARQUÉS A VOTRE NOM (étiquettes brodées et cousues)** ET POUVOIR PASSER EN MACHINE
IL FAUT PROSCRIRE LES TISSUS FRAGILES, LAINE PURE ET MOHAIR



Les personnes ayant un handicap physique voudront bien préférer les vêtements amples
avec fixation par élastique ou boutonnage à l'avant

Serviettes de toilette	2 grandes + 13 plus petites
Gants de toilette	15

NECESSAIRE DE TOILETTE

Tout comme pour les vêtements, il est important que vous veniez avec les produits de toilette que vous utilisez habituellement. Vous trouverez ci-dessous une liste mais vous pouvez bien-sûr la compléter à votre guise

L'achat des produits d'hygiène reste à la charge du Résident

Trousse de toilette	Pensez au renouvellement des produits d'hygiène 
Brosse à dents + gobelet	
Dentifrice ou produit de soins de bouche	
Produit de nettoyage des appareils dentaires	
Boîte hermétique pour appareil dentaire	
Boîte hermétique pour appareils auditifs	
Savon, shampooing, gel douche, crème hydratante	
Boîte à savon ou porte-savon	
Nécessaire de rasage : - soit rasoir électrique (si possible sans fil) rechargeable - soit rasoir mécanique à usage unique + mousse	
Nécessaire à ongles (lime, coupe-ongles...)	

* La peau des personnes âgées étant plus fragile,
privilégiez dans la mesure du possible des produits au PH neutre qui respectent la peau



MANDAT SEPA (DEMANDE DE PRELEVEMENT BANCAIRE)

Votre Nom

Nom/ Prénoms du débiteur

Votre Adresse

Numéro et Nom de la rue

Code Postal

Ville

Les Coordonnées
de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code International d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du Créancier

Nom du Créancier

Identifiant SEPA du créancier (ICS)

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif ☐

Paiement ponctuel ☐

Signé à

Lieu

Date

Signature(s)

Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du
Débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour
Le compte duquel le
Paiement est

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

Effectué (si
Différent du
Débiteur lui-même)

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification de contrat

Description du contrat

Association Joachim Fleury - EHPAD
27 rue de la barrière - BP 45 - 22250 BROONS

☎ 02 96 84 78 09

association.joachim.fleury@gmail.com - Site internet <http://jfleury.fr>