

DOCUMENTS A FOURNIR LE JOUR DE L'ENTREE.

-  Copie du livret de famille ou extrait de naissance,
-  Carte d'identité,
-  Carte vitale accompagnée de l'attestation en cours de validation,
-  Carte mutuelle en cours de validité,
-  Numéro allocataire de la CAF ou la MSA pour les prestations familiales,
-  Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
-  Les justificatifs des retraites,
-  Un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement automatique (au 25 de chaque mois) ainsi que le versement de l'allocation logement (pour la Résidence Autonomie),
-  Assurance habitation : responsabilité civile (en Résidence Autonomie),
-  Notification de curatelle, tutelle ou habilitation familiale,
-  Adresse de facturation,
-  Notification A.P.A.



ATTESTATION REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Chambre n°

• **M'engage à payer les frais de séjour dans le service EHPAD ou UPAD :**

✚ Le tarif journalier **hébergement2022** qui s'élève à :

- ✓ **63.11 € pour l'EHPAD**
- ✓ **57.69 € pour l'EHPAD bis**
- ✓ **64.94 € pour l'UPAD,**
- ✓ **80.11 € pour – 60 ans.**

Le **ticket modérateur2022** qui s'élève à : **5.55 € / jour**

En fonction de vos ressources, vous pourrez bénéficier d'une Aide Personnalisée au Logement (A.P.L.) qui viendra en déduction de vos frais d'hébergement.

✚ Si vous refusez le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou si vous êtes bénéficiaire d'une A.P.A. versée par un autre Conseil Départemental, vous devrez vous acquitter du tarif dépendance fixé pour 2022 à :

- ✓ **GIR 1/2..... 20.60 €**
- ✓ **GIR 3/4..... 13.07 €**

Sinon celui-ci sera compensé par la dotation globale de soins qui est versée directement à l'Etablissement

• **Désire déposer un dossier d'aide sociale auprès de ma commune de secours**

Fait à Châteauponsac, le2022.

Signature de l'intéressé ou de son représentant légal.

Si l'intéressé(e) est dans l'impossibilité de signer, précisez l'identité du signataire.

AUTORISATION DE SORTIES

Mme, Mr.....

Agissant en qualité de

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Mme, Mr

A participer aux animations extérieures (spectacles, expositions, restaurants, promenade, cinéma...)
organisé par la Résidence l'Age d'Or.

Dans le cas où ces animations seraient payantes, je m'engage à prendre en charge le coût de cette animation.

Fait à Châteauponsac, le.....

Signature

INFORMATION SUR LA TELEMEDECINE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

Madame, Monsieur,

Dans l'objectif de proposer une prise en charge optimal à nos résidents, l'EHPAD vous propose des actes de télé médecine de spécialité au sein de l'établissement. Ainsi, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur pourront, si nécessaire, utiliser ce nouveau service pour compléter la prise en charge des patients.

Vous trouverez ci-joint une note explicative de l'intérêt de ce service ainsi que le formulaire de consentement à retourner à l'établissement.

En espérant votre adhésion à notre projet, recevez, Madame, Monsieur, nos salutations les plus cordiales.

L'infirmière Référente Télé médecine

Le Médecin Coordonnateur

Le Directeur,

Madame AISSAOUI

M.

Monsieur FRETILLE.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU RESIDENT SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Je soussigné (e), représentant légal

/ Tuteur

/ Personne habilitée

De Me/Mr avoir lu la notice d'information
sur la télémédecine.

J'ai pu poser les questions nécessaires et j'ai reçu des réponses compréhensibles.

Je déclare signer ce consentement librement et donne mon accord à pouvoir bénéficier :

- D'actes de téléconsultations, oui/non *(rayer la mention inutile)*
- D'actes de télé expertise oui/non *(rayer la mention inutile)*

Si son état de santé le nécessite.

Date :

Signature du résident :

INFORMATION CONSULTATION DENTISTE AU SEIN DE L'EHPAD.

Madame, Monsieur,

Dans l'objectif de proposer un meilleur suivi des soins bucco-dentaire, l'EHPAD collabore à présent avec le Dr BRUNET Constance, chirurgien-dentiste, qui intervient au sein même de la structure.

Ce professionnel de santé s'est doté d'un cabinet ambulatoire afin d'effectuer sur site tous les soins habituellement réalisés en cabinet extérieur.

Ce prestataire interviendra dès que nécessaire pour tous les résidents qui n'ont pas de dentiste ou qui ont des difficultés pour se déplacer.

La consultation dentaire est à la charge des familles et/ ou des tuteurs.

De ce fait il nous serait agréable que vous puissiez nous retourner par courrier ou courriel indiqués ci-dessous le coupon ci-joint.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Xavier FRETILLE.

Directeur de l'EHPAD de Châteauponsac.

Je soussigné Mme ou Mr..... Pour le résident.....

- Accepte l'intervention en cas de nécessité du Dr BRUNET OUI /_/ NON /_/
- J'ai déjà un dentiste oui /_/..... NON /_/
- Si oui lequel :

Signature

DETENTION, DEPOT ET RESTITUTION DE VALEURS ET BIENS PERSONNELS.

Au moment de son entrée, le résident est invité à laisser ses biens et objets de valeur à sa famille. Toutefois, il peut conserver, sous sa responsabilité, des objets personnels dès lors que ceux-ci sont des éléments indispensables à son bien-être. En cas de perte ou de détérioration, l'établissement ne saurait être tenu pour responsable.

L'établissement et son personnel n'acceptent en dépôt aucun bien ou objets de valeur appartenant aux personnes accueillies.

Conformément aux dispositions de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et de son décret d'application du 02 mars 1993 relatives à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets détenus par les résidents, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

Signature résident ou tiers,

le Directeur,

Xavier FRETILLE .

*_*_*_*_*



DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

(décret d'application 2006-119 du 06/02/2006)

Je soussigné, M.....

Souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

/_/_/ OUI

/_/_/ NON

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

-
-
-
-

Fait à Châteauponsac, le.....
Signature du résident,

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant :

Le Dr.....

Date et signature du médecin traitant,

LES DISPOSITIFS MEDICAUX

Durant toute la durée de votre séjour dans l'EHPADRESIDENCE DE L'AGE D'OR, les dispositifs médicaux* sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.



Préalablement à votre admission dans l'établissement :

Nous vous invitons, si tel est le cas, à vous rapprocher du prestataire qui vous loue du matériel médical (lit médicalisé, déambulateur, lève personne, fauteuil roulant, appareil respiratoire, aérosol, etc.). Cela vous permettra de l'informer du fait que vous envisagez de rentrer à l'EHPAD de la Résidence de l'Age d'Or et de rompre la location de ce matériel dès votre admission.

Dans le cas, où vous continueriez à louer du matériel à un prestataire (ex : maintien en location d'un lit médicalisé ou d'un fauteuil roulant) où que vous achèteriez directement du matériel relevant des dispositifs médicaux pendant votre séjour, les coûts afférents resteront à votre charge.

Lors de votre admission

Une évaluation est faite du matériel que vous utilisez et de son utilité dans l'établissement. Vous pourrez continuer à utiliser le matériel dont vous êtes éventuellement propriétaire et nous vous demandons de l'apporter lors de votre admission (cane, déambulateur, fauteuil roulant...). Suite à cette évaluation, dans le cas où vous auriez besoin d'autres dispositifs médicaux, nous le mettrons à votre disposition.

Par exemple, en cas de prescription d'un fauteuil par votre médecin traitant, nous vous invitons à consulter notre équipe médicale qui fera le point sur cette demande. Elle vous renseignera sur la possibilité que nous avons de vous fournir le matériel répondant à vos besoins

Je soussigné(e) M. ou Mme :

.....,

Résidant(e), Personne de confiance ou Tuteur (barrer les mots inutiles)

Déclare, après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, être informé(e) du fait que si pendant le séjour dans l'établissement nous louons ou achetons « nous-mêmes » du matériel ou des produits relevant des dispositifs médicaux, leurs coûts resteront à notre charge, et cela même en cas de prescription par le médecin traitant.

Je m'engage à apporter lors de l'admission les dispositifs médicaux dont je suis propriétaire et dont j'ai l'utilité.

Désignation du matériel :

Fait à Châteauponsac, leSignature

**La liste des dispositifs médicaux est consultable au secrétariat ou sur le site internet www.ameli.fr*

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa démarche qualité, la résidence de l'Age d'Or a mis en place, dès janvier 2019 et en collaboration avec la pharmacie, la préparation des traitements en officine.

Cette nouvelle prestation pharmaceutique allie qualité et sécurité des soins, tout en proposant un accompagnement personnalisé de l'observance des traitements.

Dans ce cadre, l'EHPAD a signé une convention avec la pharmacie « ROUANNET-LEGRAND » de CHATEAUPONSAC.

Les médicaments sont ainsi dispensés par le pharmacien : certains traitements peuvent en cas de besoin être préparés dans l'Officine, dans des piluliers à usage unique tracés, accompagnés de toutes les informations nécessaires à leur administration et à la coordination des soins avec l'équipe soignante.

Les médicaments sont conservés dans la pharmacie. Le pharmacien assure la conservation et la gestion nominative, sous traçabilité totale, des médicaments à préparer pour les traitements des semaines suivantes. Les médicaments non utilisés à l'issue du traitement sont détruits.

Un système d'information garantit la traçabilité totale du service pharmaceutique. Les utilisateurs de ces données informatisées sont le médecin coordonnateur et le personnel soignant, la pharmacie dispensatrice et le pharmacien référent.

Medissimo centralise ces données anonymes et réalise des études statistiques anonymes à des fins d'amélioration de la qualité du service pharmaceutique rendu aux résidents.

Nous soumettons cette offre de service pharmaceutique à votre approbation (aucun surcoût ne vous sera appliqué).

Vous trouverez en pièce jointe le formulaire de demande que nous vous remercions de nous remettre ou retourner dûment signé dans les meilleurs délais.

RUMEAU Gérard, Président du CCAS de CHATEAUPONSAC.

Demande de prestation pharmaceutique du résident :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :

- Nom, prénom du résident :
- Nom, prénom du représentant légal ou de la personne de confiance :
- Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EHPAD dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité totale du circuit du médicament selon le standard avancé Medissimo,
- Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par le pharmacien d'Officine de CHATEAUPONSAC engagé par convention à ces objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité totale de sa prestation,
- Demande la dispensation, la préparation éventuelle, la conservation et la gestion nominative sous traçabilité totale de mes médicaments à préparer par et au sein de cette Officine,
- Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé à usage unique afin d'en faciliter l'administration (cette demande, pour être valide, suppose une prescription médicale),
- Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisés selon les procédures assurant la traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement,
- Accepte que le traitement de mes données soit administré au plan technique par Medissimo* et hébergées par un prestataire d'hébergement tiers agréé à cet effet en application des dispositions de l'article L.111-8 du Code de la Santé Publique et du décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Mes données sont accessibles uniquement par le pharmacien d'Officine engagé par convention ainsi que le personnel de l'EHPAD en charge du bon usage du médicament.

Le résident ou son représentant demandant ce service gracieux au sein de notre établissement ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur. Dans ce cas, le résident ou son représentant légal s'engage à assurer l'approvisionnement et la gestion de ses traitements en collaboration avec l'officine de son choix.

Pour bénéficier de toute autre information liée au management pharmaceutique du traitement médicamenteux, le résident ou son représentant est invité à consulter www.medissimo.fr

Date :.....

Signature :.....

**Conformément à la loi 78-17 « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, la personne résidente ou son représentant légal bénéficie d'un droit d'accès et de rectifications des informations le concernant. Pour exercer ce droit, ils peuvent s'adresser au directeur de l'établissement, à la pharmacie d'Officine, ou à Medissimo, 8, rue Jeanneret. 78300 Poissy cedex.*

ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR

U.P.A.D. (UNITE POUR PERSONNES AGEES
DESORIENTEES).

« LES GRANDS JARDINS »

D'une part, l'établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, représenté par son directeur, **Monsieur FRETILLE XAVIER**,

Et d'autre part

M.....

Né (e) le..... à

Domicilié(e).

.....
.....

Dénommé (e) ci-après le Résident.....

Le cas échéant, représenté par M.....

Demeurant à

Lien de parenté

Dénommé ci-après le représentant légal (en cas de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, joindre une copie du jugement).

Il est convenu ce qui suit :

L'U.P.A.D. accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes démentiels apparentés.

La prise en soins des personnes atteintes de ces pathologies est très spécifique. Le but premier réside dans le fait de préserver au maximum l'autonomie physique et psychique de la personne accueillie. Face à ces pathologies neurodégénératives, la préservation de la dignité constitue un axe prioritaire au sein de l'unité, au travers de la prise en compte de l'histoire des personnes et de leur identité.

Personnes Accueillies :

L'UPAD accueille, pour une période variable de quelques mois à quelques années, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes démentiels apparentés, qui présentent des symptômes ne permettant pas leur accompagnement dans une unité d'hébergement classique.

Afin que l'unité puisse conserver son utilité après de personnes atteintes de ces pathologies, le choix d'émettre des critères d'entrée et de sortie de l'unité, a été fait.

Les critères d'entrée au sein de l'unité sont les suivants :

- Personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés (Maladie à Corps de Lewy, Démence vasculaire, etc.) ;
- Personnes ayant bénéficié d'un diagnostic relativement précis ou d'exams complémentaires ;
- Personnes ayant conservé une certaine autonomie physique ;
- Personnes présentant des troubles du comportement modérés (déambulation, agitation, désinhibition, hallucinations, idées délirantes, etc.). toutefois, les personnes accueillies ne doivent pas présenter de troubles du comportement totalement incompatibles avec le fonctionnement du service et avec la vie en collectivité (critères UHR).

Une information ou une rencontre est organisée avec la famille pour les informer de la nécessité d'admission dans l'unité sécurisée.

Les principaux critères de sortie de l'unité sont les suivants :

- La pathologie démentielle ne se trouve plus au premier plan : une maladie associée devient prépondérante par rapport à la pathologie démentielle.
- La personne accueillie présente un état de dépendance physique devenu trop prégnant pour pouvoir continuer de bénéficier de l'unité, notamment en ce qui concerne la toilette, la mobilité, ou encore l'alimentation.

- Aucune participation active du résident aux activités de stimulation proposées dans l'unité.
- Le résident présente une perte d'autonomie empêchant tout déplacement seul et tout risque de fugue.
- La personne décide de sortir de l'unité parce qu'il s'agit de son souhait ou celui de sa famille.

Toute personne ne répondant plus aux critères d'admission pendant une période suffisamment longue devra faire l'objet d'une réévaluation en vue de la réorienter vers une unité mieux adaptée à son état de santé.

Les sorties de l'unité sont décidées par le directeur de façon collégiale avec l'équipe soignante, et le médecin coordonnateur. Le médecin traitant est également consulté.

Cette décision s'appuie sur des indicateurs précis et comportementaux.

La décision est ensuite présentée à la famille.

Il est indiqué à la famille que les personnes devenues très dépendantes et souffrant d'incompatibilité avec le fonctionnement de l'unité sécurisée seront réorientées vers une prise en charge plus classique au sein de l'établissement. Ce changement d'unité se fera dès qu'une chambre sera disponible.

Fait à Châteauponsac le

Signatures :

Le Résident ou son représentant légal

Le Directeur

Nom, Prénom

Qualité

Xavier FRETILLE.

DROIT A L'IMAGE.

Madame, Monsieur,

La loi relative au droit à l'image et à la protection de la vie privée, nous impose de vous demander l'autorisation de vous photographier ou de vous filmer.

En effet, vous pouvez être pris en photo lors de certaines manifestations (spectacles, animations, anniversaires, sorties de résidents.....).

Dans le cas où vous seriez sous mesure de protection, cette animation doit être signée par votre représentant légal.

Le Directeur,

Xavier FRETILLE.

Madame, Monsieur

Ou représentant légal de

/_ / AUTORISE

/_ / N'AUTORISE PAS

D'être photographié(e) ou filmé(e) lors de manifestations internes ou externes réalisées dans le cadre de mon séjour à la Résidence l'Age d'Or.

Fait à Châteauponsac, le

Signature de l'intéressé(e) ou son représentant légal.

FICHE INDIVIDUELLE DE RECUEIL DES DONNEES :

1 – ETAT CIVIL :

NOM ET PRENOM :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

N° de chambre :

Situation familiale : marié (e) /_/ célibataire /_/ divorcé (e) /_/ veuf (ve) /_/

Nombre de frères et sœurs encore en contact et par quel moyen :

Nombre d'enfants et leur prénom :

Nombre de petits-enfants :

Tutelle /_/ Curatelle /_/ habilitation familiale /_/

2- ENVIRONNEMENT :

Lieu de résidence à la naissance :

Lieu de résidence à l'âge adulte :

Lieu de résidence à la retraite :

Lieu de résidence des proches :

Vivez-vous avec des animaux domestiques ?

Si oui le (s) quel (s) :

Quelle (s) professions (s) exerciez-vous avant la retraite ?

Habitudes de vie, rituels,

Vous levez-vous de bonne heure ? oui /_/ non /_/

Faites-vous la sieste ? oui /_/ non /_/

Si oui, de quelle durée ?

Niveau social et culturel, langues parlées (patois, autres) :

Vos envies :

Vos goûts :

Vos valeurs (solidarité, honnêteté, entraide, famille) :

Etes ou étiez-vous membre d'une association ?

Si oui, laquelle ?

LECTURE :

Aimez-vous lire ? oui /_/ non /_/

Si oui : journal local /_/ journal national /_/ livres /_/ revues /_/ magazines /_/

Autres :

Etes-vous abonné à des journaux ou des revues ? oui /_/ non /_/

Si oui lesquels ?

Aimez-vous regarder la télévision ? oui /_/ non /_/

Quels programmes ou jeux :

Jouez-vous d'un instrument de musique ? oui /_/non /_

Si oui, lequel ?

ACTIVITES PHYSIQUE :

Aimez-vous marcher (promenades, sorties) ? oui /_/ non /_

Aimeriez-vous participer à l'atelier gym douce ? oui /_/non /_

CULTE :

Avez-vous une religion ? oui /_/ non /_

Catholique /_/ protestante /_/ musulmane /_/ juive /_

Autre :

ESTHETIQUE :

Alliez-vous souvent chez le coiffeur ? oui /_/ non /_

Si oui, à quelle fréquence :

Avez-vous besoin d'un pédicure ? oui /_/ non /_

Vous maquillez-vous ?

Alliez-vous chez l'esthéticienne ? oui /_/ non /_

*_*_*_*_*

LISTE DU LINGE A FOURNIR & INVENTAIRE.

La gestion du linge est un aspect majeur du bien-être.

L'établissement fournit et entretient le linge de la maison mis à disposition des résidents (serviettes de toilette, gants, literie).

Vos effets personnels, entretenus par le service lingerie si vous le souhaitez, doivent être obligatoirement marqués à votre nom par vos soins.

Une couturière travaille en collaboration avec la lingerie locale, peut commander et marquer vos vêtements moyennant rémunération.

OBJECTIFS DU MARQUAGE DU LINGE :

- ❖ Permettre de mieux maîtriser le circuit du linge,
- ❖ Réduire les risques de contaminations infectieuses,
- ❖ Assurer une prestation de qualité en lingerie
- ❖ Réduit la perte du linge.

PRECONISATIONS :

- ❖ Le linge doit être marqué avec des étiquettes tissées entièrement cousues (le collage ainsi que le feutre ne tiennent pas au lavage),
- ❖ Marquage du trousseau dans sa totalité (chaussettes et chaussures incluses),
- ❖ Le marquage doit être lisible (encolure, ceinture),
- ❖ Le linge fragile est à proscrire (laine, soie).

CONSEQUENCES EN CAS D'ABSENCE DE MARQUAGE OU DE NON-CONFORMITE :

- ❖ L'établissement ne peut être tenu pour responsable en cas de détérioration du linge considéré comme fragile,
- ❖ Le linge non marqué sera systématiquement stocké en lingerie et ne pourra pas être redistribué en chambre. Les familles ou tuteurs souhaitant récupérer ce linge devront s'adresser aux aides-soignantes déléguées au service lingerie.
- ❖ Les familles qui déposent du linge (marqué ou non) le week-end sont priées de laisser les sacs à l'infirmerie, de façon à ce qu'il soit vérifié et comptabilisé.
- ❖ L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte de linge non marqué.

Afin d'éviter tout désagrément lié à l'entretien du linge, je vous remercie par avance de bien vouloir assurer que l'ensemble du trousseau est marqué conformément aux préconisations indiquées ci-dessus.

Le Directeur,

Xavier FRETILLE.

Mme Mr.....

Souhaite que le linge de Mme Mr

/ / Soit entretenu par la lingerie de l'Etablissement

/ / Ne soit pas entretenu.

Fait à Châteauponsac, le

Signature,

INVENTAIRE DU LINGE :

NOM – PRENOM DU RESIDENT :

TOUT VETEMENT DOIT ETRE MARQUE AU NOM DU RESIDENT.

PHOTOS : OUI* NON *

<u>VETEMENTS</u>	<u>QUANTITES MARQUEES</u>	
BAS		
BRASSIERES		
CALECONS		
CHAUSSETTES		
CHAUSSETTES DE CONTENTION		
CHAUSSURES		
CHEMISE DE NUIT		
CHEMISES		
CHEMISIERS		
COLLANTS		
ECHARPE		
FOULARDS		
GANTS		
GILETS MANCHES COURTES		
GILETS MANCHES LONGUES		
IMPERMEABLES		
MAILLOTS DE CORPS		
MANTEAUX		
NECESSAIRE DE TOILETTE		
PANTALONS		

PANTOUFLES		
PULLS-OVER		
PYJAMAS		
ROBE DE CHAMBRE		
SLIPS		
SOUTIEN-GORGE		
TROUSSE		
T-SHIRT		
VESTES		
AUTRES OBJETS DIVERS	QUANTITES	
ARGENT		
BJOUX		
CADRE		
CADRE PHOTO		
CANNES		
CARTE IDENTITE		
CARTE MUTUELLE		
CARTE VITALE		
CHEQUIER		
COUSSIN ANTI-ESCARRE		
DEAMBULATEUR		
ETUI / LUNETTES		
FAUTEUIL ROULANT		
LUNETTES		
PENDULE		
PERMIS		

PORTEFEUILLE		
PROTHESE AUDITIVE DROITE		
PROTHESE AUDITIVE GAUCHE		
PROTHESE DENTAIRE HAUT		
PROTHESES DENATIRE BAS		
RADIO		
RASOIR ELECTRIQUE		
REVEIL		
TELEPHONE		
TELEPHONE PORTABLE ET CHARGEUR		
TELEVISION		
VALISE		
AUTRES :		

DATE :

Une copie de ce document est donnée aux familles.

RAPPEL : NE PAS SURCHARGER LES ARMOIRES .

(TRIER EN FONCTION DES SAISONS).

L'ensemble du linge doit pouvoir passer au sèche-linge (éviter la pure laine), le service lingerie décline toute responsabilité en cas de matière délicate dégradée.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte de tout objet de valeur, vêtement non marqué ou non répertorié dans l'inventaire laissé au résident.

Merci de signaler tout changement pour une mise à jour avec un membre du personnel.

*_*_*_*_*

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE RESIDENT.

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit.

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné (e) Me, Mr :.....

Souhaite désigner une personne de confiance

OUI NON

Souhaite désigner comme personne de confiance

Me, Mr :.....

Demeurant :.....

Téléphone fixe :.....

Téléphone portable :.....

Fait à le

Signature :

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné (e) Me, Mr Reconnait avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de M.....

Fait à Le

Signature :

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Code de la Santé Publique : Art. L. 111-6 « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant,

Et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement ».

« les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelles est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».

Avant de vous engager, prenez le temps de la réflexion. Un dialogue approfondi avec votre parent ou proche qui vous a désigné est primordial avant d'accepter, car votre rôle sera de respecter au mieux sa volonté et notamment ses attentes à une période de vie qui peut être difficile.

Vous êtes un parent, un proche ou le médecin traitant d'une personne prise en charge dans notre établissement. Cette personne vous a librement choisi comme « Personne de confiance ».

Quel est votre rôle ?

Il est défini par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art L. 1111-6 du code).

Votre parent ou proche est à même d'exprimer sa volonté, votre rôle est de l'aider à prendre ses décisions.

Votre parent ou proche peut vous demander d'assister aux entretiens médicaux et aux consultations.

Vous ne vous exprimez pas à sa place, vous ne décidez pas à sa place, mais vous lui apportez une aide pour prendre ses décisions.

Avec l'accord de votre parent ou votre proche, l'équipe soignante peut vous solliciter pour l'accompagner lors de l'annonce d'un diagnostic ou pronostic grave.

Votre présence peut être requise par le médecin si votre parent ou proche demande la consultation de son dossier médical.

Si votre parent ou proche était dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, votre rôle serait d'exprimer sa volonté à sa place.

Vous serez consulté pour exprimer la volonté de votre parent ou proche avant tout examen ou traitement, sauf si l'urgence ne le permet pas ou si vous n'êtes pas joignable. Votre avis sera pris en compte mais ne sera pas opposable et le médecin reste libre de son choix en dernier ressort.

Quels sont vos devoirs ?

Votre parent ou proche attend de vous :

- Une écoute, un soutien, une attention et une aide prudente, raisonnable et avisée,
- Une disponibilité pour répondre à ses demandes.

Si votre parent ou proche était dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, il attend de vous que vous l'exprimiez à sa place en la respectant, même si elle ne correspond pas au choix que vous feriez personnellement dans une situation comparable.

Quelles sont vos responsabilités ?

Vous allez aider votre parent ou proche et, éventuellement exprimer sa volonté.

Vous ne devez pas abuser de votre statut de personne de confiance.

Vous allez être le dépositaire d'informations confidentielles concernant la vie privée de votre parent ou proche. Vous ne devez pas révéler ces informations sous peine de poursuites.

Quelles sont les limites de votre accompagnement ?

Le rôle de personne de confiance ne vous donne pas le droit :

- D'être informé sur l'état de santé de votre parent ou proche
- Ni d'accéder seul à un dossier médical. C'est votre parent ou proche qui décide que vous receviez l'information nécessaire à votre rôle d'aide. Cela ne vous donne pas le droit d'en informer d'autres personnes.

Quand prend fin votre mission ?

Votre parent ou proche peut souhaiter ne plus vous demander de remplir votre rôle de personne de confiance, soit qu'il ne souhaite plus être aidé, soit qu'il désigne une autre personne. Votre mission prend alors fin immédiatement.

Vous pouvez mettre fin à tout moment à votre mission. Nous vous demandons alors de la signaler à votre parent ou proche et de nous adresser un écrit.

Comment accepter votre rôle ?

Votre parent ou proche vous fera signer le formulaire qui vous désigne comme personne de confiance. Le formulaire de désignation précise votre nom, prénom, adresse et les moyens pour vous joindre, veuillez vérifier que ces informations sont exactes.

Ce formulaire sera conservé dans le dossier de votre parent ou proche.

RENDEZ-VOUS ET SUIVI PODOLOGUE.

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez un prestataire de service de podologie intervient régulièrement à l'EHPAD de Châteauponsac pour prendre en charge les résidents. Cette prestation est due par les familles et/ ou tuteurs de chaque résident.

Ce prestataire a connu, récemment, des impayés et afin de pallier à cette difficulté nous souhaitons que chaque famille et/ou tuteur puisse se prononcer sur la fréquence de prise en charge de chaque résident. Cette décision implique que chaque famille et/ou tuteur s'engage à payer le coût de la prestation.

De ce fait, il nous serait agréable que vous puissiez nous retourner par courriel/courrier, le coupon ci-dessous.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Xavier FRETILLE

Directeur de l'EHPAD de Châteauponsac.

Je soussigné (e) Mme ou M.

Pour le résident

Souhaite que le podologue passe à raison de :

1. Une fois par mois
2. Une fois par trimestre
3. Décision prise par l'équipe soignante dès qu'elle le jugeras utile.

Signature.