

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



*« Pour bien vivre votre retraite, Soyez chez nous comme chez vous »*

Madame, Monsieur,

Située sur les hauteurs de Confolens, cette résidence est proche de la campagne et dans un secteur calme et reposant.

Le personnel de l'établissement sera à vos côtés, disponible et attentif à vos demandes. Il mettra toute sa compétence et toute son expérience pour que votre séjour parmi nous soit le plus agréable possible.

Vous vivez dans notre résidence à votre rythme. Aller à la rencontre des autres ou rester tranquillement chez soi, sera votre choix. La vie de la résidence s'organise dans le respect et la liberté de chacun.

L'établissement est géré par le Centre Intercommunal de Confolens, issu de la Communauté de Communes de Confolens.

Un Conseil d'Administration, composé paritairement d'élus dont le Président de la Communauté de Communes, et de personnes cooptées, préside aux destinées de l'établissement.

Nous serons à votre écoute et répondrons à toutes vos interrogations. Je vous prie de trouver ci-joint la liste des documents nécessaires à la prise en compte de votre inscription.

Vous remerciant pour la confiance que vous nous accordez,

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

Myriam BONNET

Directrice

# 1ERE PARTIE –L’INSCRIPTION

## I. CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF

### Documents d’information joints :

- Grille des tarifs
- Trousseau recommandé

### Pièces à joindre et à fournir

- Fiche administrative
- Carte nationale d’identité (recto/verso)
- Copie du livret de famille et/ou extrait d’acte de naissance
- Copie carte d’ancien combattant
- Copie attestation carte vitale (la carte originale devra être donnée le jour de l’entrée)
- Copie de la carte de mutuelle (la carte originale devra être donnée le jour de l’entrée)
- Attestation responsabilité civile
- Copie de la notification du Tribunal en cas de mesure de protection (curatelle, tutelle...
- Copie d’avis d’imposition ou de non imposition
- Attestation(s) annuelle(s) de la (ou des) retraite(s) perçue(s) de la même année
- Notification de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA)
- Relevé d’identité bancaire
- Autorisation de prélèvement automatique

## II. PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT ET DEPENDANCE

**A compter du 1<sup>er</sup> juin 2015  
les tarifs applicables sont :**

**+ de 60 ANS :**

<b>GIR</b>	<b>1--2</b>	<b>3--4</b>	<b>5--6</b>
HEBERGEMENT (1)	50,23 €	50,23 €	50,23 €
DEPENDANCE (2)	16,83 €	10,69 €	4,55 €
<b>TOTAL (1+2)</b>	<b>67,06 €</b>	<b>60,92 €</b>	<b>54,78 €</b>
Montant pour 31 jours	2 078.86€	1 888.52 €	1 698.18 €
APA déduite pour 31 jours (si dossier constitué au CG) (3)	380.68€	190.34 €	
<b>TOTAL (1+2)-3</b>	<b>1 698.18 €</b>	<b>1 698.18 €</b>	<b>1 698.18 €</b>

**- 60 ANS**

**61.13 euros / jour** (soit 1895.03 euros pour 31 jours)

### **IMPORTANT :**

Dossier APA à constituer auprès de la DSD du département de la dernière résidence de la personne âgée.

### III. TROUSSEAU RECOMMANDE

**Il est indispensable qu'à l'entrée TOUT le linge soit marqué avec des marques tissées comportant le nom et prénom du résident**

- Les marques doivent être cousues tout le tour de l'étiquette à des endroits visibles (col....
- Les vêtements fragiles tels que RHOVYL, DAMART, pur laine, etc... sont à SUPPRIMER

#### **AFFAIRES DE TOILETTE : A renouveler régulièrement**

1	Trousse de toilette	1	Stéradent si dentier
1	Gobelet	1	Petite glace
1	Brosse à dents	2	Tubes de dentifrice
2	Bombes de mousse à raser (homme)	2	Jeux de rasoirs jetables ou 1 rasoir électrique
2	Shampoings	2	Eaux de toilette
2	Produits pour la douche savon liquide	1	Brosse –peigne
2	Tubes de crèmes diverses	1	Bombe de laque
10	Gants de toilettes	10	Serviettes de toilettes

#### **VETEMENTS :**

<b>FEMMES</b>		<b>HOMMES</b>	
6	Chemises de nuits ouverture devant	6	Pyjamas
6	Combinaisons selon les habitudes	6	Maillots de corps ou tee-shirts en coton
8	Culottes – soutien gorge	8	Slips
2	Robes de chambre	2	Robes de chambre
5	Robes ou jupes ou pantalon selon habitude	5	Pantalons ou jogging
6	Tricots de peau en coton	5	Chemises ou polos
7	Chaussettes ou bas	7	Chaussettes ou bas
2	Paires de chaussures	2	Paires de chaussures
2	Paires de pantoufles (éviter les mules et claquettes)	2	Paires de pantoufles (éviter les mules et claquettes)
3	Gilets (ne pas mettre de vêtement fragile)	3	Gilets (ne pas mettre de vêtement fragile)
1	Manteau ou veste en fonction des saisons	1	Manteau ou veste en fonction des saisons
1	Tenue de décès	1	Tenue de décès
2	Chapeaux, bonnets et gants	2	Casquettes et gants
6	Mouchoirs	6	Mouchoirs
3	Serviettes de table	3	Serviettes de table

#### **DIVERS**

1	<b>Thermomètre électronique</b>	1	<b>Panière à linge sale</b>
1	Bassine (moyenne)	1	Verre à dent
1	Boite à dentier		

## **IV. FICHE ADMINISTRATIVE**

### **ETAT CIVIL DU RESIDENT :**

Monsieur  Madame

Nom: \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Pays ou département : \_\_\_\_\_

### **ADRESSE**

N° Voie, rue boulevard : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### **SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  Marié (e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)

Séparé (e)  Divorcé(e)

### **SI VOUS ÊTES MARIE(E)/PACSE(E)**

Lieu de mariage ou Pacsé(e) : \_\_\_\_\_

Date de mariage ou Pacsé(e) : \_\_\_\_\_

Nom et prénoms de votre conjoint : \_\_\_\_\_

### **SI VOUS ÊTES VEUF, VEUVE, DIVORCE(E)**

Lieu du mariage : \_\_\_\_\_

Date de mariage : \_\_\_\_\_

Nom & prénoms du conjoint : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance du conjoint : \_\_\_\_\_

Date et lieu de décès du conjoint : \_\_\_\_\_

ou divorcé(e) depuis le : \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS DES ENFANTS ? Si oui, indiquez leur nom-prénom-adresse-téléphone-email**

Souhaitez vous bénéficier des informations sur la vie de l'établissement par envoi sur votre adresse email

Oui  Non

Si oui précisez une seule boite email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

NOM -PRENOM	ADRESSE-CODE POSTAL-VILLE	TELEPHONE/PORTABLE	EMAIL
			_____ @ _____
			_____ @ _____
			_____ @ _____
			_____ @ _____
			_____ @ _____
			_____ @ _____
			_____ @ _____

**PARTIE ADMINISTRATIVE DU RESIDENT**

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom de la caisse : \_\_\_\_\_

ALD  Invalidité  Article 115

Nom de la mutuelle : \_\_\_\_\_ N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Protection juridique : OUI  NON

Si OUI laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandataire judiciaire

Nom et adresse de la personne exerçant la mesure :

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'intéressé bénéficie-t-il déjà de :

L'allocation au logement : OUI  NON  EN COURS  CAF  MSA

L'APA : OUI  NON  EN COURS  Département \_\_\_\_\_ GIR : \_\_\_\_\_

L'intéressé sollicitera-t-il le bénéfice de l'aide sociale : OUI  NON

### **CAISSES DE RETRAITE :**

<b>NOM DES CAISSES DE RETRAITE</b>	<b>MONTANTS MENSUELS/ANNUELS</b>
<b>TOTAL</b>	

### **FACTURATION A ADRESSER A :**

Monsieur  Madame

Nom: \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

N° Voie, rue boulevard : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Lien avec le résident : \_\_\_\_\_

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

Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

## Acte de cautionnement solidaire (article 20111 à 2043 du Code Civil)

Nom, Prénom du résident :

\_\_\_\_\_  
Etablissement : EHPAD du Pré de l'Etang,  
Rue du Pré de l'Etang 16500 CONFOLENS

Caution signataire du présent engagement :

Nom et Prénom :

\_\_\_\_\_  
Adresse complète :

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le résident :

\_\_\_\_\_  
Nom et Prénom :

\_\_\_\_\_  
Adresse complète :

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le résident :

\_\_\_\_\_  
Nom et Prénom :

\_\_\_\_\_  
Adresse complète :

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le résident :

\_\_\_\_\_  
Nom et Prénom :

\_\_\_\_\_  
Adresse complète :

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le résident :

\_\_\_\_\_  
Date et signature du contrat de séjour :

\_\_\_\_\_  
A la date de signature, les montants du prix de journée et du tarif dépendance applicables sont indiqués à la page suivante.





# ASPECTS FINANCIERS- REGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

## Relatif au paiement des frais d'hébergement

### Entre

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant (Adresse) : \_\_\_\_\_

### Et

Le **CIAS- EHPAD Du Pré de l'Etang**, rue du Pré de l'Etang 16500 CONFOLENS, représentée par Monsieur Philippe BOUTY, Président, agissant en vertu de la délibération n° 80-12 portant règlement du prélèvement automatique des factures des frais d'hébergement.

**Il est convenu ce qui suit :**

#### **1) Disposition générales**

Les redevables peuvent régler leur facture :

- ✓ **en numéraire**, au Centre des Finances Publique de Confolens
- ✓ **par chèque bancaire**, libellé à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon détachable de la facture, sans le coller ni l'agrafer, à envoyer à l'adresse suivante :
  - Centre des Finances Publique de Confolens
- ✓ **par mandat ou virement bancaire** sur le compte bancaire du Centre des Finances publique de Confolens : Banque de France de Poitiers
- ✓ **par prélèvement mensuel** pour les redevables ayant souscrit un contrat de prélèvement

#### **2) Avis d'échéance et montant du prélèvement**

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra le 6 de chaque mois un avis d'échéance indiquant le montant et la date des prélèvements.

Les sommes correspondantes seront prélevées sur le compte du redevable le 16 du même mois.

Le logiciel permet d'inscrire plusieurs relevés d'identités bancaires.

### **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 de demande et d'autorisation de prélèvement auprès du secrétariat de l'EHPAD.

Il conviendra de le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire ou postal à l'adresse de l'EHPAD rue du Pré de l'Étang 16500 CONFOLENS

Si l'envoi a lieu avant le 10 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant. Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

### **4) Changement d'adresse**

Le redevable qui change d'adresse doit avertir sans délai le secrétariat de la maison de retraite.

### **5) Renouvellement du contrat de prélèvement automatique mensuel**

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit l'année suivante; le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il avait dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau le prélèvement pour l'année suivante.

### **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 résident.

L'échéance impayée augmentée des frais de rejet est à régulariser auprès du Centre des Finances Publiques de Confolens.

### **7) Fin du contrat**

Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après 2 rejets consécutifs de prélèvement pour le même usager. Il lui appartiendra de renouveler son contrat l'année suivante s'il le désire.

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat informe l'EHPAD par lettre simple avant le 15 janvier de chaque année.

## 8) Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours

Tout renseignement concernant le décompte de la facture est à adresser à l'EHPAD du Pré de l'Étang

Toute contestation amiable est à adresser à la maison de retraite; la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

En vertu de l'article L 1617.5 du code général des collectivités territoriales, le redevable peut, dans un délai de deux mois suivant réception de la facture, contester la somme en saisissant directement :

- ✓ le Tribunal d'Instance si le montant de la créance est inférieur ou égal au seuil fixé par l'article R 321.1 du code de l'organisation judiciaire.
- ✓ Le Tribunal de Grande Instance au-delà de ce seuil (actuellement fixé à 7600 Euros)

A ....., le.....

EHPAD Du Pré de L'Étang

Le Président

Philippe BOUTY

Bon pour accord de prélèvement

Le redevable



## VI. LOGEMENT

Je soussigné(e),

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de filiation : \_\_\_\_\_

Ou son représentant légal : \_\_\_\_\_

De Nom & Prénom du résident :

Demeurant : \_\_\_\_\_

Ou ses débiteurs d'aliments s'engagent à régler le montant du loyer pour l'occupation du logement ci-dessous indiqué :

**Type de logement** :

**Numéro** :

**Situé au** :

**Secteur** :

Cette redevance sera réglée par fraction mensuelle à terme échu.

A Confolens, le

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)

## VII. FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Je soussigné(e),

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_


Lien de filiation : \_\_\_\_\_


Ou son représentant légal : \_\_\_\_\_

De Nom & Prénom du résident : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

### Désigne et autorise les personnes intervenants à mon égard :

 **Médecin traitant :** \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

 **Médecin spécialisé :**

○ Cardiologue : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

○ Neurologue : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

○ Cancérologue : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_


○ Ophtalmologue : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

○ Orthopédiste : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

○ Psychiatre : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

○ Autres : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

 **Kinésithérapeute :** \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

 **Pharmacie :** \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

 **Ambulancier :** \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

A Confolens le : \_\_\_\_\_

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)

## VIII. DECHARGE « DISPARITION D'OBJETS PRECIEUX »

Je soussigné(e),

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de filiation : \_\_\_\_\_

Ou son représentant légal : \_\_\_\_\_

De Nom & Prénom du résident : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

### Déclare :

- ✚ Avoir été informé(e) que l'établissement met à disposition des résidents un coffre dans lequel, ils peuvent s'il le souhaitent déposer leurs objets de valeur.
  
- ✚ Avoir été informé(e) que les résidents ne doivent pas avoir en leur possession une somme d'argent trop importante.
  
- ✚ Ne pas tenir pour responsable l'établissement en cas de perte d'objets précieux ou d'argent.

A Confolens le : \_\_\_\_\_

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)



## **IX. DECHARGE « SORTIE DE L'ETABLISSEMENT »**

Je soussigné(e),

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de filiation : \_\_\_\_\_

Ou son représentant légal : \_\_\_\_\_

De Nom & Prénom du résident : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

### **Déclare :**

- ✚ Avoir été informé(e) que la maison de retraite est une structure ouverte sur l'extérieur et qu'à ce titre, les entrées et sorties ne peuvent être contrôlées, malgré les moyens techniques et humains mis en place.
  
- ✚ Ne pas tenir pour responsable l'établissement en cas d'accident intervenant lors d'une sortie de celui-ci.

A Confolens le : \_\_\_\_\_

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)

# **2<sup>ÈME</sup> PARTIE- DOSSIER MEDICAL**

## **I. PIÈCES A JOINDRE ET A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER MEDICAL**

### **Pièces à joindre et à fournir**

- Fiche médicale d'admission (document ci-joint)
- Recueil des habitudes de vie à remplir par la famille
- Formulaire de désignation de la personne de confiance
- Instruction en cas de décès
- Autorisation des familles
- Consentement éclairé

## II. Recueil des habitudes de vie

Nom du résident : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

*Pour répondre cocher la case correspondante*

### Vos Conditions de vie

- Vous vivez seul(e)
- Vous vivez en famille
- Vous vivez dans un établissement
- Vous vivez en ville
- Vous vivez à la campagne

### Rythme journalier

- A quelle heure vous levez-vous ? \_\_\_\_\_
- A quelle heure vous couchez-vous ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous l'habitude de faire la sieste OUI  NON

### Hygiène

Aimez-vous :

- La douche
- Le bain

### Occupations et loisirs

- La télévision
- La lecture
- Les activités manuelles
- Le jardinage
- Les activités ménagères et la cuisine

### Vie Sociale

- Recevez-vous souvent des visites ? OUI  NON
- Participez-vous à des rencontres (ex : club du 3<sup>ème</sup> âge, pétanque..) ? OUI  NON
- Aimez-vous les sorties à l'extérieur (cinéma, spectacles...) ? OUI  NON

### **III. FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

**LA PERSONNE DE CONFIANCE** : Code de la Santé Publique : Art. L. 1111-6 :

“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 révoquée 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 tutelle 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. librement choisi comme « Personne de confiance »

#### **✚ Quel est votre rôle ?**

Vous êtes un parent, un proche ou le médecin traitant d'une personne prise en charge dans notre établissement. Cette personne vous a 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.

**IMPORTANT :** En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### **FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné (e),

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....

PRENOM (S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE (S) : .....

FAX/EMAIL : .....

Admis (e) au sein de l'EHPAD du Pré de L'Etang, rue du Pré de l'Etang 16500 CONFOLENS en vue d'un placement en Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) à compter du .....

#### **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'EHPAD**, en remplissant la fiche de désignation.

#### **Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....

PRENOM (S) : .....

DATE et LIEU NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE (S) : .....

FAX/EMAIL : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche       Un parent       Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour sur l'EHPAD du Pré de l'Etang, ou hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, Je m'engage à en informer par écrit l'établissement.**

Fait à .....

Signature du résident :

Le .....

1. Cadre réservé à la personne de confiance

2. Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à.....le .....

Signature :

#### **IV. INTRUCTION EN CAS DE DECES (À remplir par le résident ou la famille)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Religion : \_\_\_\_\_

##### **+ Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Prévenir : Jour : OUI  NON  Nuit : OUI  NON

##### **+ Y a-t-il un contrat d'obsèques chez les pompes funèbres ?**

Si OUI : quel organisme ?

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

##### **+ Y a-t-il une concession ?**

OUI  NON  Si Oui, le lieu : \_\_\_\_\_.

##### **+ Y aura-t-il un don de corps ?**

OUI  NON  Si oui fournir la carte

##### **+ Y aura-t-il une incinération**

OUI  NON  Si Oui, le lieu \_\_\_\_\_

##### **+ Voeux particuliers :**

- Choix vestimentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Rite particulier :

\_\_\_\_\_

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A..... le.....  
(qualité et signature)

## V. AUTORISATIONS DES FAMILLES

Je soussigné(e),

Mom & Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de filiation : \_\_\_\_\_

Ou son représentant légal : \_\_\_\_\_

De Mom & Prénom du résident : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Autorise en cas d'urgence, tout médecin à intervenir sur l'état de santé de

**Nom & Prénom du résident** : \_\_\_\_\_

Ci après désigné en qualité de résident de l'EHPAD du Pré de l'Etang située rue du Pré de l'Etang 16500 CONFOLENS.

Je ne vois aucune contre indication à ce que mon parent soit adressé au centre hospitalier le plus proche.

J'autorise également mon parent à participer toutes les activités sociales, culturelles, ludiques et kinésiques correspondant à son état de santé et cela en référence au projet d'animation.

Cette pratique des activités est consentie sous le respect de la volonté de la personne concernée.

J'autorise également les veilleuses de nuit à s'enquérir de l'état de santé de notre parent penant les rondes de nuit.

Pour servir et valoir ce que de droit, je délivre la présente attestation.

A Confolens, le \_\_\_\_\_

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)



## **VI. CONSENTEMENT ECLAIRE**

### **Consentement éclairé pour prélèvement sanguin. En cas d'accident du personnel avec exposition au sang.**

Je soussigné(e) :

**Nom & Prénom du résident :** \_\_\_\_\_

Donne mon accord pour une prise de sang afin de vérifier la négativité des sérologies des maladies à transmission sanguine.

J'ai été informé(e) par le personnel de la maison de retraite des risques de transmission possible de maladies à partir du sang, et que je peux être porteur(se) d'une maladie sans le savoir, actuellement, à la suite d'une transfusion ou d'une contamination antérieure.

J'ai bien compris que cet examen a pour but de déterminer la nécessité de débiter un traitement précoce pour la personne éventuellement contaminée après contact accidentel avec du sang.

Je serai informé(e) des résultats de mes sérologies.

Je donne mon accord pour que le prélèvement soit effectué par toute personne compétente diligentée par la directrice de la maison de retraite ou son représentant.

A Confolens le : \_\_\_\_\_

Signature du résident ou de son représentant légal

## **VII. DESIGNATION DU PHARMACIEN**

Madame, Monsieur

En ma qualité de directrice très soucieuse de la sécurité des résidents de l'établissement, mon attention se porte sur la **sécurisation du circuit du médicament**.

La préparation des doses à administrer par le pharmacien est prévue dans le code de la Santé.

*L'Article R. 4235-48 du code de la santé publique en fait référence :*

*« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;*

*3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.*

*Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »*

Aussi, nous vous proposons à ce jour, de mieux sécuriser votre traitement médicamenteux en confiant la préparation de votre prescription médicale auprès de votre pharmacien référent.

Une convention de partenariat est signée avec trois pharmaciens à ce jour, (*liste à votre disposition à l'accueil*) au regard des recommandations et des différents échanges que nous avons eus avec le Pharmacien Inspecteur de l'ARS lors de sa venue le 21 février 2013, échanges et réunion de coordination médicale.

L'infirmière assurera l'organisation de la distribution qui se fera par l'équipe soignante.

Vous trouverez ci-joint, une autorisation nous permettant de mettre en place ce dispositif.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Veillez croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Myriam BONNET

Directrice

# Demande d'accord au résident

ETABLISSEMENT :

EHPAD du Pré de l'Etang

Par le présent accord, l'établissement informe le résident de son intention de signer une convention avec la pharmacie d'officine suivante pour la Préparation éventuelle de doses à administrer:

*Désignation de la pharmacie :*

*Représentant de la pharmacie*

*Adresse de la pharmacie :*

*Code Postal :*

*Ville :*

**L'établissement et la pharmacie d'officine ont choisi un système de PDA (Préparation des doses à Administrer)** qui propose un service complet, et sécurisé, permettant un suivi individualisé des résidents; depuis la préparation en pharmacie jusqu'à la distribution en établissement.

Ce système de dispensation intègre la préparation des médicaments au résident, tout en assurant la traçabilité des produits.

**Dans le cadre de ce service, les informations concernant les prescriptions de médicaments font l'objet d'un traitement informatisé.** Les destinataires de ces données sont le personnel de l'établissement médico-social et de la pharmacie d'officine. Ce système centralise les données relatives aux consommations de médicaments par l'établissement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le résident ou son représentant bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent, il doit alors s'adresser au directeur de l'établissement, et au titulaire de la pharmacie d'officine.

**Le résident ou son représentant déclare en conséquence des informations qui précèdent :**

- accepter la dispensation des médicaments par la pharmacie d'officine partenaire de l'établissement,
- souhaiter la préparation des médicaments sur prescription de son médecin traitant ou coordonnateur,
- demander la destruction à l'officine de ses médicaments non utilisés,

**Le résident ou son représentant atteste qu'il souscrit à ce service gracieux en conservant le libre choix permanent de sa pharmacie d'officine.**

Fait à :

, le :

LE RESIDENT	LE REPRESENTANT LEGAL
Mr – Mme - Melle	Mr – Mme – Melle
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date naissance :	Lien de parenté avec le résident :
<b>Signature :</b>	<b>Signature :</b>