Madame, Monsieur,

En complément du dossier d'admission national que vous venez de recevoir, vous trouverez ci-joint, en annexe, des documents propres à notre structure.

Nous vous demandons de bien vouloir prendre le temps de les compléter et de nous les retourner avec les pièces administratives demandées afin que nous puissions préparer au mieux le dossier d'entrée dans notre établissement

Nous restons à votre entière disposition pour tout complément d'information.

EHPAD Résidence Rivière Espérance - 24150 LALINDE
05.53.61.02.83 – 05.53.24.83.96 – ehpad.lalinde@orange.fr – www.maisonderetraite-lalinde.fr

ANNEXES

- Information sur la désignation de la personne de confiance
- Mandat de protection future
- Consignes en cas de décès
- Engagement à payer
- Attestation domicile de secours
- Courrier si demande d'aide sociale
- Courrier si réservation
- Liste des pièces à fournir
- Choix des prestataires médicaux
- Besoins, capacités et habitudes de vie
- Trousseau
- Inscription dossier pharmaceutique

INFORMATION SUR LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Dossier CERFA – page 4)

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(e)personne(s) à prévenir en cas de besoin.

En effet, cette personne 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.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle dure le temps de votre séjour dans l'établissement. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

MANDAT DE PROTECTION FUTURE

(Articles 477 488 et 492 à 494 du code civil)

« Le mandat de protection future permet à une personne (mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargées de veiller sur sa personne et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire elle-même. Le mandat se fait soit par acte notarié, soit sous seing privé. »

Un mandat de protection future a-t-il été établi ? □ Oui □ Non

Si oui : □ Mandat notarié : Nom et adresse du notaire

Nom : ……...

Adresse :……

Code postal : ……Commune : ……..……

Téléphone : ……..Fax : …… e-mail : ……

. □ Mandat sous seing privé : Fournir la copie du mandat

CONSIGNES EN CAS DE DECES

Personne (s) à prévenir : …… ☐ Jour ☐ Nuit

…… ☐ Jour ☐ Nuit

Contrat d'obsèques : ☐ Oui ☐ Non Religion (facultatif) : ……

NOM et adresse : ……

……

N° de contrat : …… ……

S'il n'y a pas de contrat d'obsèques, choix des pompes funèbres :

NOM : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Commune : ……

Téléphone : …… Fax : ……

☐ Funérarium ☐ Domicile ☐ Don d'organes ☐ Don du corps ☐ Incinération

Transport avant mise en bière ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il des souhaits particuliers (vêtements, bijoux, sacrements, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une enveloppe cachetée, indiquant ces souhaits particuliers, en indiquant « dernières volontés en cas de décès » au recto de cette enveloppe qui sera conservée dans le dossier administratif du résident.

Nom du notaire : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Commune : ……

Téléphone : …… Fax : …… e-mail : ……

ENGAGEMENT A PAYER

Je soussigné (e)

NOM : …… Prénom : ……

Désire être admis à l'EHPAD de …… A titre payant.

En conséquence et compte tenu de mes ressources et de mes charges, je m'engage à m'acquitter mensuellement des frais d'hébergement et de dépendance, dès mon entrée dans l'établissement, sur titre de recettes émis par le Directeur.

Le montant de l'engagement à payer sera indexé annuellement sur l'évolution du prix de journée.

A défaut, les demandeurs ci-après se substitueront à moi :

Sans réserve, après avoir été dûment informés des conditions de la participation demandée au règlement des frais d'hébergement et de dépendance, qui ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par les services de l'aide sociale, soit par l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.), soit par un organisme quelconque de Sécurité Sociale, soit par le Ministère chargé des Anciens Combattants et Victimes de Guerre ou par tout autre organisme public ou privé.

DEMANDEUR 1 :

NOM : ……

Prénom : ……

Né le : ……

A : ……

Profession : ……

Adresse :

……

DEMANDEUR 2 :

NOM : ……

Prénom : ……

Né le : ……

A : ……

Profession : ……

Adresse :.

……

Fait à …….. Le ……..

Signature du résident Signature du demandeur 1 Signature du demandeur 2

ATTESTATION DOMICILE DE SECOURS

Le Domicile de Secours, est le Département dans lequel la personne, au moment où elle demande son entrée en établissement ou à être logée en famille d'accueil, a résidé pendant au moins trois mois.

Au changement d'établissement ou de famille d'accueil, la personne conserve le même Domicile de Secours qu'à son entrée dans l'ancien établissement.

<u>Exemple</u> :
Le placement en établissement ou en famille d'accueil n'est pas considéré comme un domicile de secours. Par exemple : une personne âgée résidant depuis plus de trois mois dans le département de la Corrèze, fait sa demande d'entrée à l'EHPAD de Lalinde (Dordogne). Son domicile de secours, est donc la Corrèze.
Après un séjour de plusieurs années à l'EHPAD de Lalinde, cette personne décide de changer d'établissement pour se rapprocher de sa famille, et part donc en Gironde. Son domicile de secours reste la Corrèze.

Je soussigné(e) _____

Certifie sur l'honneur que M. / Mme _____

Etait domicilié(e) avant son entrée en EHPAD à l'adresse suivante :

_____

_____

_____

Fait à _____, le _____

Signature,

SI DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Objet : Admission en EHPAD de M. ou Mme ……

Je soussigné, M. ou Mme ……..

m'engage à reverser à la Perception de ……

le montant intégral des retraites, rentes, allocations, etc. versées au compte de M. ou Mme

…… de la date

d'entrée en EHPAD, jusqu'à la décision d'admission à l'aide sociale.

Date et signature, précédée de la mention
« lu et approuvé le»

ATTESTATION DE RESERVATION

Je soussigné, M. ou Mme ……. atteste m'engager à régler le prix de réservation hébergement au titre de l'année concernée, pour la période du …… au ……. précédant ma date d'entrée à l' EHPAD de ……..

Le tarif réservation est indiqué sur la fiche des tarifs annexée au dossier de demande d'admission.

Aucune dérogation ne sera faite à cet engagement, même en cas de force majeure.

Fait à …… **le ……..**

Lu et approuvé
Le résident

Le représentant
de l'établissement

LISTE DES PIECES A FOURNIR

Pour tous :

- O Photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- O Photocopie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
- O Photocopie de la carte vitale
- O Photocopie de l'attestation de carte vitale
- O Photocopie de la carte de mutuelle ou de complémentaire santé en cours de validité
- O Photocopie de la déclaration de revenus de l'année en cours et justificatifs des pensions et retraites
- O Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- O Attestation sur l'honneur précisant le domicile de secours
- O Attestation de l'assurance en responsabilité civile
- O Relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- O Engagement de payer signé (résident, famille, responsable légal, etc.)
- O Contrat obsèques (s'il existe) ou dispositions à prendre en cas de décès
- O Photographie d'identité

Si cela vous concerne :

- o Photocopie de la carte d'ancien combattant ou de victime de guerre
- o Photocopie de la carte d'invalidité
- o Photocopie de la notification d'allocation logement
- o Photocopie de la notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)
- o Photocopie de la notification d'orientation en EHPAD émise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- o Photocopie du jugement de mesures de protection
- o Carte de donneur d'organes
- o Carte de don du corps à la science avec un chèque de dépôt pour les frais inhérents
- O Attestation de révision du téléviseur ou de l'appareil électrique

CHOIX DES PRESTATAIRES MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT
NOM : …….. Prénom : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……
Téléphone : …… Fax : …… e-mail : ……
En cas d'hospitalisation, établissement souhaité : ……

AMBULANCE – VSL en cas de transport extérieur
NOM : …….. Téléphone : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……

DENTISTE
NOM : …….. Téléphone : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……

KINESITHERAPEUTE
NOM : …….. Téléphone :……..
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……

PEDICURE
NOM : ……Téléphone : …… ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……..

PHARMACIE
NOM : …… Téléphone : …… ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
NOM : …… Téléphone : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Commune : ……

BESOINS, CAPACITES ET HABITUDES DE VIE

Afin de veiller à votre bien être et de mieux vous connaître (à part du dossier médical), merci de bien vouloir compléter la partie ci-dessous (cocher les cases nécessaires) avec la personne concernée.

Nom et Prénom : _____ **date demande :** _____

Déplacements Locomotion	Se lève seul (e)	□ Du fauteuil	□ Du lit	□ D'une chaise	
	Se déplace	□ Autonome	□ Cannes	□ Fauteuil roulant	
		□ Autre :			
	Sort à l'extérieur	□ Seul (e)	□ Accompagné(e)	□ Pas du tout	
	Monte ou descend les escaliers seul (e)		□ Oui	□ Non	
	Déambulation	□ Non	□ Oui	□ Diurne	□ Nocturne
	Risque de fugue	□ Oui	□ Non		
	Chute	□ Absence	□ Présence	□ Fréquence :	

Alimentation	Alimentation	□ Normale	□ Mixée	□ Liquide
		□ Viande hachée	□ Parentérale	
	Prothèses dentaires	□ Supérieure	□ Inférieure	
	Régime	□ Hypercalorique	□ Hypocalorique	□ Hyposodé
		□ Diabétique	□ Sans alcool	

Compléments alimentaires :_____

Autre : _____

N'aime ou ne supporte pas : _____

_____

_____

Elimination	Elimination urinaire	□ Autonome	□ Avec aide	
	Elimination anale	□ Autonome	□ Avec aide	
	Vous utilisez	□ Urinal	□ Bassin	□ Protections
		□ Chaise garde-robe		
	Incontinence urinaire	□ Jour	□ Nuit	□ Episodique
		□ Sonde		
	Incontinence anale	□ Jour	□ Nuit	□ Episodique
		□ Stomie		
	Tendance	□ Constipation	□ Infections urinaires	□ Diarrhées

Vision	□ Bonne	□ Port de lunettes	□ Mal voyant	□ Non voyant
Audition	□ Correcte	□ Déficit à droite	□ Déficit à gauche	
	□ Surdité	□ Appareillage		
Odorat	□ Bon	□ Avec difficulté	□ Sans	

Autres prothèses : _____

_____

_____

_____

Parole Et Expression	Expression	□ Propos confus	□ Difficile	□ Variable
		□ Correcte	□ Aucune communication verbale	
	Ecriture	□ Avec difficulté	□ Variable	□ Correcte
	Lecture	□ Avec difficulté	□ Variable	□ Correcte
	Autres moyens de communication : _____			
	_____			

Sommeil	Habitudes	□ Lève tôt	□ Lève tard	Précisez :_____
		□ Couche tôt	□ Couche tard	Précisez :_____
	Sieste	□ Oui	□ Non	
	Qualité du sommeil	□ Bon	□ Moyen	□ Mauvais
		□ Insomnies	□ Agitation nocturne	

Loisirs Actuels

Lecture □ Journaux □ Revues □ Livres
□ Autres Précisez : _____

Musique □ Ecouter □ Chanter □ Jouer
Précisez : _____

□ Télévision et radio Précisez les émissions préférées :

_____
_____
_____

□ Cinéma □ Spectacle Genre : _____

Activités diverses : □ Bricolage □ Broderie □ Club
□ Couture □ Jardinage □ Jeux de cartes
□ Jeux de société □ Peinture □ Sorties
□ Tricot □ Voyages □ Autre
Précisez : _____

Animaux domestiques : □ oui □ non
Si oui, précisez : _____

Renseignements complémentaires

TROUSSEAU

Nécessaire de toilette et divers (à renouveler régulièrement):

Brosse à cheveux	Peigne	Savon neutre
Brosse à dents	Dentifrice	Produit d'entretien appareil dentaire
Rasoir (électrique ou manuel)	Mousse à raser	Colle à dentier
Shampooing	Eau de toilette	Eau de Cologne
Mouchoirs (en nombre suffisant)		Mouchoirs en papier

Vêtements	Homme		Femme	
Vêtements de corps	Maillot de corps	6	Chemise de corps	6
	Slips	7	Slips	7
	Chaussettes	6	Bas/collants	6
			Soutien gorge	4
			Combinaison	4
Vêtements de nuit	Pyjamas	4	Chemises de nuit	5
	Robe de chambre	1	Robe de chambre	1
Vêtements de jour	Pantalon	4	Robe ou jupe	6
	Chemise	5	Pantalon	2
	Polo/ Pull over	4	Polo/ Pull over	4
	Gilet	2	Gilet	2
	Veste	1	Chemisier	5
	Manteau	1	Manteau	1
	Veste de jogging		Veste de jogging	
	Pantalon de jogging		Pantalon de jogging	
Accessoires	Chaussures	2	Chaussures	2
	Chaussons	2	Chaussons	2
	Ceinture ou bretelles	1		

Cette liste est donnée à titre indicatif, les quantités pouvant varier selon l'état de santé du résident

Observations :

Les bijoux, objets de valeur, éléments de décoration, etc. ne peuvent en aucune manière être pris sous notre responsabilité.

Le linge personnel est entretenu par nos soins, sans surcoût. L'établissement dégage cependant toute responsabilité en cas de détérioration. Pour cela, il convient d'éviter le linge fragile (DAMART, Soie, etc.)

Pour éviter les pertes, le linge et les vêtements doivent obligatoirement être marqués à vos nom et prénom. Les vêtements non marqués ne pourront pas être traités par la blanchisserie de l'établissement.

En cas d'hospitalisation, il convient d'ajouter à ce trousseau, deux gants de toilette, deux serviettes de toilette et deux draps de bains, marqués au nom du résident. L'établissement ne fournit pas le linge de toilette lors d'un transfert vers un établissement de soins.

INSCRIPTION AU DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Le dossier pharmaceutique, ou DP, est un outil informatique qui permet au pharmacien de prendre connaissance des médicaments délivrés à un patient au cours des quatre derniers mois. Cette possibilité est offerte à toutes les officines de France, à condition que le patient ait donné sa carte vitale au pharmacien.

Le dossier pharmaceutique vise à sécuriser la délivrance des médicaments. Il permet au pharmacien de connaître tous les médicaments qui ont été délivrés au patient au cours des quatre derniers mois. Cette connaissance est possible dans n'importe quelle officine reliée au dispositif. En le consultant le pharmacien pourra repérer les risques d'interactions médicamenteuses, et les redondances de traitements.

Un aspect secondaire mais très important pour les patients, il concerne la possibilité, quand ils sont en déplacement ou en vacances en France, de pouvoir obtenir leurs médicaments dans n'importe quelle pharmacie, même s'ils ont oublié leur ordonnance. Le système est complètement sécurisé.

Le Dossier pharmaceutique est un service gratuit que chaque patient a intérêt à demander à son pharmacien, surtout lorsqu'il a une ALD (affection de longue durée), nécessitant des soins médicamenteux longs, et exigeant une gestion rigoureuse. Cela pourra lui éviter des prises de médicaments inadaptés à sa pathologie. Cela peut être aussi très utile pour un dépannage d'urgence au cours d'un déplacement.

M _____, N° S.S. : |__| |____| |____| |____| |_____| |_____| |____|

représenté(e) par M _____ (représentant légal)

☐ Autorise ☐ N'autorise pas La création de mon Dossier Pharmaceutique.

Fait à _____, le _____ Signature,