

Bienvenue à la Maison de retraite « LES FLORALIES »

En imaginant les Floralies, nous avons souhaité maintenir une dimension familiale et une tradition d'accueil dans un cadre contemporain qui rappelle l'architecture de nos anciens cloîtres.

En respectant les normes les plus exigeantes de la construction moderne (répondant aux exigences du label Haute Qualité Environnementale), nous avons installé ce lieu de repos dans un parc paysager aux portes de Montauban. Desservi par les transports en commun, le site propose un lieu de vie calme où les résidents et leurs proches peuvent s'adonner à des activités diverses telles que la lecture, la pétanque, le potager ou la promenade.

Les bâtiments, dotés du confort le plus moderne, offrent plusieurs possibilités d'hébergement : chambre simple, chambres communicantes pour couples ou studios.

Les Floralies ont vocation à accueillir toutes les personnes, quel que soit leur niveau de dépendance. Elles y trouveront une offre médicale adaptée, notamment au sein d'un secteur sécurisé spécialement conçu pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

Un accent particulier a été mis sur le service de restauration assuré par nos chefs, travaillant essentiellement des produits frais issus de l'agriculture locale et cuisinés sur place.

Autant de gages de la qualité de vie que nous voulons proposer à nos aînés.

Bienvenue aux Floralies.

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous nos différents tarifs 2022:

- 1 chambre 22 m ²	81,00 €/jour TTC.....(TVA 5,5 %)
- 1 chambre de 22 m ²	83,00 €/jour TTC (secteur protégé).....(TVA 5,5 %)
- 1 chambre de 45 m ²	101,00 €/jour TTC..... (TVA 5,5 %)
* ticket modérateur	+ 5,84 €/jour TTC (tarif 2022)
* dépendance GIR 3-4	+ 7,92 €/jour TTC (couvert par l'APA) (tarif 2022)
* dépendance GIR 1-2	+15,84 €/jour TTC (couvert par l'APA) (tarif 2022)

* Le tarif est revalorisé annuellement dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances en tenant compte de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services. (Art L 342-3 1er alinéa du CASF)

Frais annexes possibles :

- traitement du linge (marquage, lavage)	55,00 €/mois TTC	(TVA 20 %)
- téléphone (abonnement et communications illimités)	21,00 €/mois TTC	(TVA 20 %)
- télévision	27,00 €/mois TTC	(TVA 20 %)
- soins médecin, kiné, coiffeur, pédicure...		

Un chèque de dépôt de garantie vous sera demandé à l'admission. (le montant correspond à 30 jours d'hébergement, soit 2430 € pour une chambre de 22m²). Ce dépôt de garantie est encaissé et sera restitué à la sortie du résident. Toute dégradation engendrera une retenue sur le dépôt de garantie.

Nous vous remercions et restons à votre entière disposition pour de plus amples renseignements et, dans l'attente, vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

La Direction

PIECES A FOURNIR

(le dossier administratif doit être remis complet le jour de dépôt du dossier)

- Copie de la carte d'identité
- Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Copie attestation assurance, responsabilité civile
- Copie d'attestation de la carte vitale
- Copie carte mutuelle
- Copie d'avis d'imposition ou de non-imposition
- Copie de justificatif de ressource de l'année précédente
- Copie d'attestation annuelle de la (ou des) retraite(s) perçue(s) de la même année
- RIB
- Copie de décision de l'accord de l'APA (si demande faite)
- Copie d'ordonnance de mise sous tutelle (si demande faite)
- Copie du jugement (si protection juridique)



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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___	Date exacte (le cas échéant) : ___/___/___
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ___
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___/___/___	Date d'entrée souhaitée : ___/___/___
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 CASP)).

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

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

²SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

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

⁴Centre 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

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

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 santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Maigrissement récent²

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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			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			
Élimination	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 (<i>préciser</i>) :

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

Signature, date et cachet du médecin



RECUEIL DE DONNEES

(Merci de joindre impérativement ce document au dossier administratif afin d'optimiser l'accompagnement)

NOM et PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

HISTOIRE DE VIE

Dernière profession :

Croyance :

Fumeurs : oui non

Commentaires :

.....

.....

Parcours antérieurs :

.....

.....

.....

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants décédés :

Informations familiales :

.....

.....

Généalogie / Famille / Communication / Rapport à l'autre :

.....

.....

Entourages :

.....

.....



Résidence LES FLORALIES

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

.....
.....
Les noms des personnes qui viendront le visiter :

.....
.....
Contexte social (une seule option) : Visites ponctuelles Visites habituelles
 Aucune visite

Plaisirs, Coutumes :

.....
.....
Apprécie la compagnie : oui non

Ressent le besoin de s'isoler : oui non

Vie affective :

.....
.....
Informations recueillies par un tiers :

.....
.....
Autres :

HÉBERGEMENT

Animaux de compagnie oui non

Commentaires :

MOTRICITÉ

Latéralité (une seule option) Ambidextre Droitier Gaucher

Commentaires :



Résidence LES FLORALIES

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

LEVER / COUCHER

Heure du lever :

Heure du coucher :

Souhaite faire la sieste : oui non

Habitudes : Tv au lit Garde des prothèses dentaires Avec une veilleuse
 Avec une seconde couverture

Se lève durant la nuit (une seule option) Oui Oui, plusieurs fois Non

Commentaires :

.....
.....

HYGIENE CORPORELLE

✓ Coiffeur : oui non

Prestation : Shampoing Coupe Teinture Coiffure Barbe

Autres :

Fréquence :

Commentaires :

.....
.....

✓ Pédicure/podologue : oui non

Fréquence :

Commentaires :

.....
.....

✓ Esthéticienne : oui non

Fréquence :

Commentaires :

.....
.....

TENUE VESTIMENTAIRE

Accessoires : Bijou Parfum Maquillage

Commentaires :

.....
.....



Résidence LES FLORALIES

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENTRETIEN DU LINGE

Vêtements : Famille Rives de Garonne Autres

Commentaires :
.....
.....

CENTRES D'INTERET

Inscription par défaut aux activités :
.....
.....

Suggérer l'inscription aux activités :
.....
.....

Commentaires :
.....
.....

COMMENTAIRES

Au quotidien :
.....

Informations générales :
.....
.....

VOS CHAPITRES

Contexte de l'entrée dans l'établissement :
.....
.....
.....
.....



FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)
(nom, prénom, date de naissance, adresse).

Désigne M, Mme , Mlle.....
(nom, prénom, adresse, tél ; e-mail).

Lien avec la personne
(parent, proche, médecin-traitant)

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
- uniquement pour la durée de mon séjour dans la structure

J'ai bien noté que M.,Mme, Mlle.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra m'accompagner dans mes démarches et m'aider dans mes décisions relatives à ma prise en charge dans un établissement ou service médico-social.
- Pourra être consulté(e) si je rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de mes droits.
- Pourra proposer la révision des mesures visant à assurer mon intégrité physique et ma sécurité.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

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

Visa de la personne désignée
(Recommandé)

Fait à :

le :

Signature :



Les Directives anticipées

J'ai bien été informé de la possibilité de rédiger mes directives anticipées.

Dans ce cas, je complète les documents ci-joints.

J'ai bien été informé de la possibilité de rédiger mes directives anticipées.

Mais, je ne souhaite pas les rédiger.

Date : le.....

Signature (s) :

2

MON IDENTITE

Nom et prénom :

Né(e) le : **à**

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge oui non

- Du conseil de famille oui non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

**INFORMATIONS OU SOUHAITS QUE JE VEUX EXPRIMER EN DEHORS DE MES
DIRECTIVES ANTICIPEES FIGURANT SUR LA FICHE 4 CI-APRES**

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- Certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....

.....

.....

Fait le à

Signature

4

Mes directives anticipées

Modèle A

- Je suis atteint d'une maladie grave
- Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

- 1- A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

- 2- A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)

.....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

.....

- Une intervention chirurgicale :

.....

- Autre :

.....

○ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autres :

○ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

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

3- A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait à, le

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

Mes directives anticipées

Modèle B

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

- 1 A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc...entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

- 2 A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés, s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...) :

.....

.....

- 3 A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je peux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à 'à mon décès :

.....

.....

Fait le.....à.....

Signature

5

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée)

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme.....

Fait à :

Le

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme.....

Fait à :

Le

Signature

6

NOM ET COORDONNEES DE MA PERSONNE DE CONFIANCE⁴

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et en parlera en votre nom si vous ne parvenez plus à vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

.....

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

☞ Je lui fais part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

oui

non

☞ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

oui

non

Fait à le

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

⁴Au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

7

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussignée (e)

Nom et prénoms.....

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes.
Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

- **Ou : déclare annuler mes directives anticipées datées du**

Fait à

Le

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au

5



VOEUX PARTICULIERS EN CAS DE DECES

(A remplir par le résident)

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Religion :

1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI : quel organisme ?

Nom :
Adresse :
Téléphone :

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom :
Adresse :
Téléphone :

3. Y a-t-il une concession ?

Oui Non

Si Oui, le lieu :

4. Y aura-t-il un don de corps ?

Oui Non

Si oui fournir la carte

5. Y aura-t-il une incinération

Oui Non

Si Oui, le lieu :

6. Vœux 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)



Résidence LES FLORALIES

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

TROUSSEAU CONSEILLE

TROUSSEAU FEMME

Serviette éponge	8
Gant de toilette	10
Peignoir ou robe de chambre	2
Chemise de nuit (été)	5
Chemise de nuit (hiver)	5
Tricot de peau ou combinaison	6
Culotte	8
Soutien-gorge	5
Paire de chaussettes ou collant	7
Robe d'hiver, jupe ou pantalon	6
Robe d'été, jupe ou pantalon	6
Pull, chemisier ou sous- pull	6
Tee-shirt, chemisier à manche courte ou débardeur	6
Gilet	3
Paire de pantoufle lavable fermée derrière le talon	2
Sèche-cheveux Norme Française	1
Sac de voyage	1
Mouchoirs en papier (à renouveler régulièrement)	
Nécessaire de toilette (crème hydratante visage et corps, coton tige nourrissons, brosse à dents, dentifrice, peigne, brosse à cheveux, shampooing, produit douche)	
Si prothèse dentaire, fournir une brosse et une boîte à prothèse dentaire	

TROUSSEAU HOMME

Serviette éponge	8
Gant de toilette	10
Peignoir ou robe de chambre	2
Haut de pyjama	6
Bas de pyjama	6
Tricot de peau	6
Slip ou caleçon	8
Paire de chaussette	7
Pantalon ou jogging	5
Pull ou sweat	6
Polo ou chemise	5
Tee-shirt	6
Gilet	3
Paire de pantoufle lavable fermée derrière le talon	3
Sèche-cheveux Norme Française	1
Sac de voyage	1
Mouchoirs en papier (à renouveler régulièrement)	
Nécessaire de toilette (crème hydratante visage et corps, coton tige nourrissons, brosse à dents, dentifrice, peigne, brosse à cheveux, shampooing, produit douche, rasoir électrique si possible, mousse à raser)	
Si prothèse dentaire, fournir une brosse et une boîte à prothèse dentaire	



CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ; 2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement.

Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6
Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7
Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8
Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9
Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10
Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11
Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 10
Respect de la dignité de la personne et son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protéger non seulement ses biens mais aussi sa personne.

L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.