

CONTRAT DE SEJOUR



EHPAD LA BOURDAISIÈRE

111 avenue Gabrielle D'Estrées
37270 MONTLOUIS SUR LOIRE

☎ : 02 47 45 70 70

📠 : 02 47 45 70 68

@ : accueil@ehpad-labourdaisiere.fr
www.ehpad-montlouis.fr

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	3
1. DURÉE DU SÉJOUR.....	4
2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT.....	4
2.1 LES PRESTATIONS D'ADMINISTRATION GENERALE.....	4
2.2 LE LOGEMENT.....	5
2.3 LA RESTAURATION.....	5
2.4 LE LINGE ET SON ENTRETIEN.....	6
2.5 L'ANIMATION.....	6
2.6 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE	6
2.7 LES AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RESIDENT.....	7
2.7.1 LE TÉLÉPHONE.....	7
2.7.2 LA TELEVISION.....	7
2.7.3 LE WIFI.....	7
2.7.4 LES SERVICES.....	7
2.7.5 LES TRANSPORTS.....	7
3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE.....	8
3.1 ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX.....	8
3.2 L'UPAD (UNITÉ POUR PERSONNES AGÉES DÉSORIENTÉES).....	9
3.3 LE PASA (PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS).....	9
4. COÛT DU SÉJOUR.....	10
4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT.....	10
4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE.....	11
4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS.....	12
4.4 TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS ().....	13
5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION.....	15
5.1 HOSPITALISATION.....	15
5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE.....	15
5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION.....	16
6. RÉSILIATION DU CONTRAT.....	16
6.1 DELAI DE RETRACTATION.....	16
6.2 RÉSILIATION VOLONTAIRE.....	16
6.3 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	17
6.3.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL OU	
AUX CONDITIONS D'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	17
6.3.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	
OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE.....	17
6.3.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT.....	18
6.3.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS.....	18
7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES.....	19
8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SÉJOUR (RÉSIDENT).....	20
8 SIGNATURE DU CONTRAT DE SÉJOUR (EHPAD).....	22

PRÉAMBULE

Ce contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident. Il a reçu un avis favorable des instances de l'établissement.

Il est, dans un délai de quinze jours à compter de la date d'admission, signé en deux exemplaires (un pour le résident et un pour l'établissement).

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD « La Bourdaisière » situé 111 avenue Gabrielle D'Estrées 37270 MONTLOUIS SUR LOIRE, représenté par sa directrice Mme Aude BELFILS.

Et d'autre part, (* Rayer la mention inutile)

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / ____ à _____

Dénommé(e) le/la résidente(e) dans le présent document,
Le cas échéant, représenté(e) par :

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / ____ à _____

Adresse :

Lien de parenté : _____

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ...)

Il est convenu ce qui suit :

1. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter de la date d'admission le : __ / __ / ____.

La date d'admission du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation. Si le résident décide d'arriver à une date ultérieure, dans la limite de quinze jours calendaires, des frais de réservation sont facturés.

2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « **Règlement de Fonctionnement** » remis au résident.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant au présent contrat.

Toute modification résultant d'une décision des autorités de tarification (Agence régionale de santé - ARS, Conseil Départemental - CD) et qui s'impose à l'établissement, fait l'objet d'une inscription modificative au « livret d'accueil » et/ou au présent « contrat de séjour ». Elle est portée à la connaissance du résident ou de son représentant légal par l'envoi d'un avenant.

2.1 LES PRESTATIONS D'ADMINISTRATION GENERALE

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et de ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée (les frais de transport ne sont pas pris en charge).
- L'état des lieux d'entrée et de sortie réalisé par le personnel des services techniques de l'établissement. Cet état des lieux est communiqué pour avis contradictoire aux résidents ou représentants.
- Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

2.2 LE LOGEMENT

A la date de la signature du contrat, la chambre n° _____ est attribuée à Monsieur* ou Madame* _____. (**Rayer la mention inutile*) Cette attribution pourra évoluer dans les conditions fixées à l'article 1.2.1 du règlement de fonctionnement. Tout changement de chambre fera l'objet d'un état des lieux de sortie et d'un nouvel état des lieux d'entrée communiqué pour avis contradictoire aux résidents ou représentants.

L'établissement fournit l'électricité, le chauffage et l'eau. Il assure les tâches de ménage des chambres meublées par ses soins, les réparations du mobilier et de l'immobilier lui appartenant.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans les conditions fixées à l'article 5.2 du règlement de fonctionnement.

2.3 LA RESTAURATION

La restauration est assurée selon les modalités précisées dans le règlement de fonctionnement aux articles 4.1.1 et 4.2.2.

Le tarif hébergement comprend les frais de restauration.

Le petit déjeuner est pris en chambre. Les déjeuners et diners sont servis en salles à manger, sauf dérogation pour raison médicale.

Les horaires des repas sont décrits dans le règlement de fonctionnement.

Les résidents peuvent inviter leurs parents ou amis à déjeuner, en fonction des disponibilités des salons des familles (dans la limite de 6 personnes). La demande de repas doit être faite au plus tard 48 heures à l'avance, auprès de l'accueil de l'établissement. Les déjeuners sont servis à 12 heures.

Priorité sera donnée aux résidents dans l'incapacité de se déplacer à l'extérieur.

Il est possible de partager un repas avec le résident en semaine et les jours fériés. Exceptions faites des :

- 25 décembre ;
- 1^{er} janvier ;
- Jour du repas des familles ;
- Et des repas à thème.

Le prix de ces repas est validé chaque année par le Conseil d'administration de l'établissement.

2.4 LE LINGE ET SON ENTRETIEN

Les modalités concernant le linge et son entretien sont précisées dans le règlement de fonctionnement à l'alinéa 4.2.3.

Le linge plat (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni, renouvelé et entretenu par l'établissement.

L'entretien du linge personnel de la personne hébergée (sauf linge fragile) est assuré par l'établissement sans supplément de tarif uniquement si le linge est identifié aux nom et prénom du résident.

Une liste du trousseau minimum est fournie à l'admission.

Le linge personnel doit être renouvelé aussi souvent que nécessaire.

2.5 L'ANIMATION

L'animation est proposée dans le respect du règlement de fonctionnement (alinéa 4.1.5.)

Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à facturation sauf animations spécifiques extérieurs.

Un planning d'animations mensuel est affiché dans toutes les unités et dans la salle principale d'animation.

2.6 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie, dans l'objectif de maintenir ou de rétablir le plus haut niveau possible d'autonomie. La participation du résident est recherchée chaque fois que possible.

Néanmoins, des aides partielles ou totales sont apportées au résident en fonction de son niveau d'autonomie évalué par une équipe pluridisciplinaire.

Elles concernent :

- Les transferts (lever, coucher...)
- La toilette
- La gestion de l'incontinence
- L'habillage et le déshabillage
- Les déplacements dans l'enceinte de l'établissement
- La restauration

Et toute action favorisant le maintien de l'autonomie.

2.7 LES AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RESIDENT

2.7.1 LE TÉLÉPHONE

Chaque chambre est équipée d'une prise téléphonique.

Chaque résident peut demander l'ouverture d'une ligne téléphonique auprès de l'accueil de l'établissement.

L'abonnement mensuel comprenant les communications vers les numéros fixes et les téléphones portables en France ainsi que la fourniture d'un téléphone à grosses touches est facturé pour un montant de 12€. Les appels téléphoniques vers des numéros spéciaux ou vers l'étranger sont facturés au réel sur le mois suivant, en même temps que les frais de séjour.

Exception faite pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement, qui sont facturés des frais de téléphonie au trimestre et indépendamment des frais de séjour. Les tarifs figurent en fin de document.

2.7.2 LA TELEVISION

Un poste de télévision est mis à la disposition du résident dans chaque chambre.

Les chambres de l'UPAD sont équipées d'un téléviseur sur demande.

La redevance télévisuelle est à la charge du résident, le cas échéant.

2.7.3 LE WIFI

Chaque résident peut disposer d'un accès à internet par le WIFI gratuit.

Comme pour le téléphone, la prestation WIFI est à demander auprès de l'accueil.

2.7.4 LES SERVICES

Une coiffeuse pour dames et messieurs intervient dans l'établissement chaque mardi. Il suffit de s'inscrire directement auprès de Charlène ou auprès de l'accueil pour en bénéficier. Le service de coiffure est à la charge du résident qui garde toutefois la possibilité de se faire coiffer en dehors de l'établissement ou d'avoir recours à un autre prestataire à domicile de son choix.

Une **pédicure podologue** est à la disposition des résidents, à leur demande auprès du service infirmier. Ce service reste à la charge du résident.

2.7.5 LES TRANSPORTS

Les transports, pris en charge partiellement ou pas par les Caisses d'Assurance maladie, sont directement réglés par le résident au prestataire.

Les transports pour convenance personnelle restent à la charge du résident.

3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE

Le résident bénéficie de la surveillance médicale du médecin de son choix, désigné dans le dossier de demande d'admission ou au plus tard le jour de son admission lors du recueil des données nominatives.

Si le résident désire changer de médecin en cours de séjour, il complète la **Déclaration de choix du médecin traitant** (modèle caisse d'Assurance Maladie) et doit en remettre une copie à l'accueil de l'établissement qui en informera le médecin coordonnateur et le service infirmier par le biais d'un mail interne.

A l'admission, il appartient au résident d'apporter son traitement en cours qu'il remet au personnel infirmier, son ordonnance complète, sa carte vitale, son attestation de Sécurité Sociale (assurance maladie obligatoire) ainsi que sa carte de mutuelle.

3.1 ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX

Le personnel soignant exerçant au sein de l'Etablissement est composé de :

1 médecin coordonnateur à temps partiel (présent les mardi, mercredi et jeudi matin)

1 cadre paramédical

Des infirmiers en soins généraux

1 psychologue présent les mardi, jeudi et vendredi

Des aides-soignantes

Des aides médico-psychologiques

Des agents des services hospitaliers

1 moniteur d'activités physiques adaptées

1 Diététicienne

La coordination médicale est assurée par le médecin coordonnateur de l'établissement. Il veille à l'adéquation des besoins médicaux du résident et des moyens de l'établissement en relation avec le médecin traitant choisi.

Pour une meilleure qualité de prise en soins et/ou d'accompagnement de la personne accueillie, le directeur, après avis d'un Conseil pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur, peut décider d'un changement de chambre, de secteur, voire d'un transfert vers un établissement plus adapté, en fonction de sa pathologie.

En cas de nécessité et en absence de médecin traitant, la nuit, le week-end et les jours fériés, il sera fait appel aux services de gardes médicales extérieurs.

En cas d'urgence, l'établissement se réserve le droit de faire appel aux services du SAMU et/ou des pompiers.

3.2 L'UPAD (Unité pour Personnes Agées Désorientées)

L'établissement est doté d'une Unité pour Personnes Agées Désorientées d'une capacité de 14 lits.

Cette unité située au Rez de Jardin du bâtiment propose d'accueillir et de prendre en soins des personnes souffrant de troubles du comportement, de maladies Alzheimer ou apparentées.

L'accès de cette unité est sécurisé par un digicode. L'unité dispose d'un jardin extérieur clos accessible directement par la terrasse.

Bien qu'étant protégée, cette unité permet aux résidents de conserver une vie sociale par le biais d'animations à l'intérieur de l'unité et de l'établissement mais également par des sorties encadrées.

Le fonctionnement de cette unité est régi par une charte dont un exemplaire est annexé au contrat de séjour.

3.3 LE PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés)

Le PASA permet d'accueillir en journée des résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modéré.

Il s'agit d'un dispositif intermédiaire entre la prise en soin réalisée en UPAD et celle réalisée dans un UHR (Unité d'Hébergement Renforcée).

Le PASA n'est pas ouvert à l'extérieur ni aux résidents de l'UPAD.

Il s'agit d'un lieu de vie au sein duquel sont organisées en journée des activités sociales et thérapeutiques encadrées.

La participation des résidents au PASA est décidée à la suite d'un diagnostic médicosocial établi en équipe pluridisciplinaire (Médecin coordonnateur, psychologue, cadre paramédical).

Le consentement de la personne et l'adhésion de la famille ou des proches sont toujours recherchés. L'accueil du résident bénéficiaire d'une prise en soin PASA se fait sur une ou plusieurs journées par semaine.

Un contrat concernant la participation au PASA sera adressé au résident ou à son représentant pour accord.

La participation au PASA n'a pas d'incidence sur la facturation.

4. COÛT DU SÉJOUR

L'établissement a signé une convention tripartite avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, dont les décisions tarifaires et budgétaires s'imposent à l'établissement et à chacun des résidents accueillis. Elles peuvent entraîner une modification du règlement de fonctionnement et/ou du présent contrat, et sont portées à la connaissance des résidents ou de leur représentant légal.

4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT

Les frais d'hébergement sont facturables selon une tarification fixée par un Arrêté du Président du Conseil départemental sur proposition de l'établissement.

Ils sont facturés mensuellement, à terme à échoir, et à régler auprès du Trésor Public.

Le prix de journée prend effet à la date de l'arrêté de tarification fixé par le Conseil Départemental.

Chaque année, l'arrêté fixant le prix de journée est affiché dans l'établissement au niveau de l'accueil.

Ils sont facturés mensuellement, à terme à échoir, et à régler auprès du Trésor Public.

Le prix de journée comprend notamment :

- l'hébergement
- la nourriture
- le chauffage
- l'éclairage (nature des prestations obligatoires)
- L'animation
- l'entretien des locaux et le blanchissage
- dépenses du personnel
- les intérêts des emprunts
- Les amortissements du matériel et des constructions.

Pour Les résidents relevant de l'aide sociale

La demande d'aide sociale est instruite par les services du Conseil départemental du domicile de secours.

Le domicile de secours est le dernier lieu de résidence de la personne accueillie, occupé au moins 3 mois avant l'entrée en établissement.

C'est soit un domicile (par exemple : une résidence principale ou secondaire, la maison de vos enfants où vous avez été hébergé avant d'entrer en maison de retraite...) et pas une structure médico-sociale ou hospitalière. Il sert à déterminer quel conseil départemental vous versera les aides.

Durant la période d'instruction du dossier par les services de l'aide Sociale, la facturation est maintenue.

A titre de provision le résident verse au Comptable du Trésor Public de l'établissement 90% du montant de ses ressources mensuels.

Dès réception de l'accord ou du refus d'admission au bénéfice de l'Aide Sociale, le dossier est régularisé.

En cas d'accord, les frais de séjour sont facturés directement au service d'Aide Sociale.

Le résident bénéficiant de l'aide sociale peut autoriser le Trésor Public à percevoir ses pensions, rentes et autres revenus ou continuer à verser au Comptable du Trésor Public de l'établissement 90% du montant de ses ressources mensuelles.

Dans le premier cas de figure, le Comptable du Trésor Public reverse alors au résident 10% des revenus personnels au titre de l'argent de poche sans que ce montant ne soit inférieur à 1% du minimum social annuel.

Autre(s) aide(s) envisageable(s)

Pour tous les résidents, une demande d'allocation logement pourra être faite (se renseigner auprès de l'accueil). Le droit sera étudié en fonction des ressources de la personne. L'établissement a signé une convention avec la Caisse d'Allocation Familiale et la Mutualité Sociale Agricole.

4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Ils englobent les produits d'incontinence, une fraction des dépenses de personnel, et viennent en sus des frais d'hébergement.

Ils sont fixés par le Président du Conseil Départemental d'Indre et Loire, sur proposition de l'établissement.

Il existe trois tarifs correspondant à trois groupes de dépendance appelés « *Groupes Iso Ressources* » (GIR), qui sont classés du plus dépendant au plus valide : GIR 1/2 - GIR 3/4 - GIR 5/6. Ces groupes sont définis au travers d'une grille d'évaluation nationale.

L'appartenance d'un résident à l'un des groupes est déterminée, dans les 3 à 4 semaines après l'entrée dans l'établissement, par le Conseil pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Une actualisation du GIR est effectuée une fois par an.

4.2.1 Résidents domiciliés précédemment en Indre et Loire

Le « ticket modérateur », c'est à dire le montant du tarif dépendance du GIR 5/6 est à la charge du résident. Il est payable à terme à échoir. Pour les bénéficiaires de l'aide Sociale, il est pris en charge dans les mêmes conditions que le tarif hébergement.

Le Conseil départemental prend partiellement en charge et sous conditions de ressources, la différence pour le GIR 1/2 et le GIR 3/4 qu'il verse directement à l'établissement au titre de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

4.2.2 Résidents domiciliés précédemment dans d'autres départements

Le mode de gestion de l'APA varie selon les départements. Le résident doit alors constituer un dossier auprès des services compétents de son précédent lieu de résidence.

Lorsque l'APA est versée au résident, l'établissement facture l'intégralité du tarif correspondant à son GIR.

Pour les résidents à l'Aide Sociale à l'Hébergement, la facturation est mise en application selon le règlement du Conseil Départemental concerné.

4.2.3 Résidents de moins de 60 ans

Il est facturé à un tarif moyen arrêté par le Président du Conseil Départemental. Le tarif figure en fin de document.

4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS

L'établissement a opté pour l'option tarifaire globale. En conséquence, les honoraires des médecins généralistes intervenants dans l'établissement, les analyses de biologie, les actes de radiologie conventionnels et dispositifs médicaux sont pris en charge par l'établissement ; déduction faite des diverses franchises médicales.

Ces dispositions peuvent être modifiées selon l'évolution de la réglementation.

4.4 TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS (1)

PRESTATION	A LA CHARGE DU RESIDENT	A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT
Honoraire des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement	Non	Oui
Honoraire des autres auxiliaires médicaux intervenant dans l'établissement (sauf pédicure)	Non	Oui
Honoraire des médecins spécialistes libéraux	Oui	Non
Honoraire des chirurgiens-dentistes	Oui	Non
Frais de prothèse dentaire, soins conservateurs dentaires	Oui	Non
Transport sanitaire (ambulance, VSL...)	Oui	Non
Séances de dialyse	Oui	Non
Analyse de biologie	Non	Oui
Acte de radiologie conventionnelle	Non	Oui
Coronarographie et radiothérapie (sans hospitalisation)	Oui	Non
Scanner, IRM, scintigraphie	Oui	Non
Consultation externe à l'hôpital	Oui	Non
Frais d'hospitalisation	Oui	Non
Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux	Oui	Non
Médicaments réservés à l'usage hospitalier	Oui	Non

¹ Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314.161 du CASF en application des articles L.314-8 et R. 314-162 du même code

DISPOSITIFS MEDICAUX	A LA CHARGE DU RESIDENT	A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT
Abaisse langue, masques, gants stériles,	Non	Oui
Abaisse langue, masques, gants stériles, garrots, compresses, bandes et pansements, fils à suture		
Accessoires pour électrocardiogrammes		
Auto piqueurs et accessoires		
Aspirateur à mucosité, crachoirs		
Etui pénien		
Poche à urine		
Réactifs (urines, sang)		
Seringues et stylo injecteur d'insuline		
Sonde naso-gastrique		
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées	Non	Oui
Sondes urinaires, sondes vésicales		
Pompe pour nutrition entérale		
Thermomètre électronique		
Béquille et canne anglaise		
Déambulateur		
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Soulève malade		
Matelas (simple, d'aide à la prévention d'escarres)		
Pèse personne		
Appareil de verticalisation		

Les actes non pris en charge par l'établissement peuvent être remboursés par la Sécurité Sociale et/ou un organisme complémentaire (mutuelles).

Il est important de se renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître le niveau de couverture, notamment celles concernant les transports sanitaires.

Les contrats de location des fauteuils roulants / déambulateurs et de tout matériel médical en location devront être résiliés à la date d'entrée dans l'établissement.

5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

Les modalités de facturation, en cas d'hospitalisation, se présentent comme suit :

5.1 HOSPITALISATION

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures, la personne hébergée reste redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, la personne hébergée reste redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier du 4^{ème} au 24^{ème} jour d'hospitalisation. Au-delà, le tarif hébergement s'applique en totalité.

Hospitalisation de moins de 3 jours	Hospitalisation du 4 ^{ème} au 24 ^{ème} jour	Hospitalisation au-delà du 24 ^{ème} jour
Tarif hébergement	Tarif hébergement minoré du forfait hospitalier (20 € par jour)	Tarif hébergement

Concernant le tarif dépendance, il sera fait application du règlement départemental en vigueur.

5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Le résident peut sortir librement tous les jours. Certaines restrictions peuvent néanmoins être apportées par l'équipe médicale et par le Directeur, après information à la famille ou au représentant légal le cas échéant.

Toute absence doit être signalée à l'avance au personnel soignant et à l'accueil. Le jour de la sortie se signaler impérativement au service infirmier.

Absence sur une journée	Absence de plus d'une journée
Délai de prévenance de 24 heures	Délai de prévenance de 3 jours Afin d'organiser le suivi de traitement toute la durée du séjour

En cas de retour programmé du résident après la fermeture des portes (22 heures), il convient d'utiliser la sonnette placée à l'entrée principale.

Le résident a droit à 35 jours de congés par an proratisés selon la date d'entrée et valables sur l'année civile.

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieures à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieures à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental.

Absence pour convenance personnelle de moins de 3 jours	Absence pour convenance personnelle supérieure à 3 jours
Tarif hébergement	Tarif hébergement minoré du forfait hospitalier (20 € par jour)

Concernant le tarif dépendance, il sera fait application du règlement départemental en vigueur.

5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION

Un tarif « réservation » (tarif hébergement journalier moins le forfait hospitalier) est instauré, permettant aux personnes qui le souhaitent de réserver une place. À l'issue de cette période de 15 jours, la facturation complète des frais de séjour sera effectuée.

6. RÉSILIATION DU CONTRAT

6.1 DELAI DE RETRACTATION

Conformément à l'article L.311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

6.2 RÉSILIATION VOLONTAIRE

Passé le délai de rétractation de 15 jours, le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, dans le respect du titre XI du livre Ier du code civil, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation à la direction de l'établissement, il dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel il peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis fixé à trente jours à compter de la date de réception de la demande de résiliation.

Le logement est libéré au plus tard le dernier jour du préavis. La facturation court jusqu'à échéance du préavis. Si la chambre n'est pas libérée à l'issue du préavis, la facturation se poursuit.

6.3 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

6.3.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL OU AUX CONDITIONS D'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement ou si les conditions d'admission ne sont plus remplies, la direction et le médecin coordonnateur prennent toute mesure appropriée en concertation avec le résident ou son représentant légal, son entourage et le médecin traitant.

Le directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la libération de la chambre.

En cas d'urgence, le Directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et / ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après notification de la décision.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la libération de la chambre.

6.3.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le médecin coordonnateur, le cadre paramédical et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou le cas échéant son représentant légal.

En cas d'échec de cet entretien, le Directeur prend, dans un délai de 30 jours sa décision définitive quant à la résiliation du contrat.

Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification de la décision.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à libération de la chambre.

6.3.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT

Tout retard de paiement entraîne la mise en œuvre de la procédure de recouvrement par le comptable du Trésor public et le directeur de l'établissement. Cette procédure peut conduire à la résiliation du présent contrat notifié au résident ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après la date de notification.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à libération de la chambre.

6.3.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS

Le décès met fin au contrat de plein droit.

Le représentant légal, le référent familial et/ou la personne de confiance désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens, le cas échéant par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les dispositions à prendre en cas de décès, précisées dans le recueil de données lors de l'admission et modifiables en cours de séjour.

Après décès et en fonction de sa disponibilité, l'établissement met gracieusement à disposition de la famille le reposoir de l'EHPAD dans la limite de 6 jours maximum. Si le départ du défunt ne peut intervenir dans ce délai, il est demandé un transfert au funérarium à la charge financière de la famille.

Les frais d'obsèques sont à la charge des familles ou des héritiers du résident décédé. Au cas où aucun héritier ne se ferait connaître, l'établissement fait procéder aux obsèques en prélevant la somme nécessaire sur les fonds personnels du résident (dans la limite des sommes détenues ou en compte).

Pour les résidents pris en charge à l'aide sociale, sans famille, et selon les conditions d'attribution prévues dans le règlement départemental d'aide sociale une somme équivalente à 1/24^{ème} du montant annuel du plafond des rémunérations est réservée aux obsèques.

Le montant de cette somme est ré-évalué chaque année suivant le règlement de l'aide sociale.

Quand le décès survient au sein d'un couple, occupant des chambres communicantes, il pourra être proposé, en fonction des disponibilités, au conjoint ou partenaire survivant, une autre chambre non communicante laissant ainsi la possibilité d'accueil d'un autre couple. Si cela n'est pas envisageable, il lui faudra accepter la venue d'un nouveau résident dans la chambre attenante après verrouillage de la communication des chambres.

Le logement est libéré dès que possible, dans un délai maximum de 8 jours. Dès le 9ème jour, l'établissement dispose de la chambre et dégage toute responsabilité concernant les biens et effets personnels du défunt. À ce titre la famille, les proches et le représentant légal sont invités à retirer les meubles et autres effets personnels du défunt résident dans ce délai. La facturation s'arrête lorsque la chambre est libérée, vide de tous biens, objets et effets personnels.

7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité civile administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Pour les dommages dont il peut être la cause, le résident souscrit une assurance responsabilité civile dont il justifie auprès de l'établissement lors de l'admission et chaque année.

D'autre part, au titre de l'assurance des biens et objets personnels, le résident :
(Mettre une croix en cas de souscription)

☐ A souscrit une assurance dommages dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement.

Le résident, par le présent contrat, est informé de la possibilité qui lui est faite de déposer auprès du Régisseur de l'établissement les objets de valeurs (bijoux, valeurs mobilières...) ou argent, carte de crédit, livret d'épargne ... pour être remis au Trésor Public.

Un reçu sera délivré au résident ou à son représentant légal pour permettre un retrait éventuel auprès du Trésorier de l'établissement.

En l'absence de dépôt, la responsabilité de l'établissement est dégagee en cas de perte, de vol ou de détérioration partielle ou totale des biens ou objets personnels du résident. Il est rappelé au résident de prendre toutes les précautions nécessaires pour la sécurité de ses valeurs (argent, bijoux). Des tiroirs fermants à clé sont à sa disposition dans la chambre.

Recours :

Les personnes qualifiées

En vue de l'aider à faire valoir ses droits, le résident ou son représentant légal peut aussi faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur de l'Agence régionale de santé et le président du Conseil départemental.

8. SIGNATURE DU CONTRAT DE SÉJOUR (résident)

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour fera l'objet d'un avenant.

• **Ce contrat est établi conformément aux textes suivants :**

- Code de la santé publique ;
- Code de l'action sociale et des familles.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation ;
- La loi n° 2015-1773 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n° 2010-1731 du 30 septembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Décret n° 2011-1047 du 30 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD
- Aux délibérations du Conseil d'administration.

• **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont le résident et ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- Le document 'gestion du linge' (**annexe 1**)
- L'engagement de payer du résident et s'il a lieu du débiteur de secours et/ou de l'obligé alimentaire (**annexes 2 et 3**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 4**)
- L'autorisation d'apport de petits mobiliers et appareils divers (**annexe 5**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 6**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 6**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexes 7 et 8**)
- Charte de fonctionnement de L'UPAD (**annexe 9**)
- Courrier d'information pour l'UPAD (**annexe 10**)
- Etat des lieux (**annexe 11**)

• **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si le résident en a souscrit une.

TARIFS DE L'EHPAD au 01/05/2025

	PRIX DE JOURNEE - HEBERGEMENT	GROUPE ISO- RESSOURCE	TARIFS DEPENDANCE
Chambre simple ou UPAD	65,91 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	20,98 € 13,32 € 5,65 €
Résident de moins de 60 ans	84,33 €		

Les tarifs sont revus une fois par an suite à la notification du Conseil Départemental.

REPAS	
Repas accompagnant - Jours ordinaires	11,00 €
Repas accompagnant - Dimanches et jours fériés	16,00 €
TELEPHONIE ET INTERNET	
Abonnement téléphonique mensuel comprenant : - appels vers les lignes fixes et les téléphones portables - fourniture d'un téléphone à grosses touches	12 €
Appels vers les numéros spéciaux ou appel vers l'étranger	Au réel

Les tarifs sont revus une fois par an par délibération du Conseil d'administration de l'Ehpad.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.
Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____ Signature du résident ou Signature de son représentant légal , (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») NOM, Prénom du résident : _____	Signature de la Directrice Mme Aude BELFILS 
---	---

EXEMPLAIRE RESIDENT

8 SIGNATURE DU CONTRAT DE SÉJOUR (EHPAD)

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour fera l'objet d'un avenant.

• **Ce contrat est établi conformément aux textes suivants :**

- Code de la santé publique ;
- Code de l'action sociale et des familles.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation ;
- La loi n° 2015-1773 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n° 2010-1731 du 30 septembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Décret n° 2011-1047 du 30 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD
- Aux délibérations du Conseil d'administration.

• **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont le résident et ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- Le document 'gestion du linge' (**annexe 1**)
- L'engagement de payer du résident et s'il a lieu du débiteur de secours et/ou de l'obligé alimentaire (**annexes 2 et 3**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 4**)
- L'autorisation d'apport de petits mobiliers et appareils divers (**annexe 5**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 6**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 6**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexes 7 et 8**)
- Charte de fonctionnement de L'UPAD (**annexe 9**)
- Courrier d'information pour l'UPAD (**annexe 10**)
- Etat des lieux (**annexe 11**)

• **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si le résident en a souscrit une,

TARIFS DE L'EHPAD au 01/05/2025

	PRIX DE JOURNEE - HEBERGEMENT	GROUPE ISO- RESSOURCE	TARIFS DEPENDANCE
Chambre simple ou UPAD	65,91 €	GIR 1/2 GIR 3/4 GIR 5/6	20,98 € 13,32 € 5,65 €
Résident de moins de 60 ans	84,33 €		

Les tarifs sont revus une fois par an suite à la notification du Conseil Départemental.

REPAS	
Repas accompagnant - Jours ordinaires	11,00 €
Repas accompagnant - Dimanches et jours fériés	16,00 €
TELEPHONIE ET INTERNET	
Abonnement téléphonique mensuel comprenant : - appels vers les lignes fixes et les téléphones portables - fourniture d'un téléphone à grosses touches	12 €
Appels vers les numéros spéciaux ou appel vers l'étranger	Au réel

Les tarifs sont revus une fois par an par délibération du Conseil d'administration de l'Ehpad.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.

Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____ Signature du résident ou Signature de son représentant légal, (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») NOM, Prénom du résident : _____	Signature de la Directrice Mme Aude BELFILS 
---	---

EXEMPLAIRE EHPAD

ANNEXES

ANNEXES du CONTRAT DE SEJOUR



EHPAD LA BOURDAISIÈRE

111 avenue Gabrielle D'Estrées
37270 MONTLOUIS SUR LOIRE

☎ : 02 47 45 70 70

📠 : 02 47 45 70 68

@ : accueil@ehpad-labourdaisiere.fr

GESTION DU LINGE

A COMPLETER PAR LE RESIDENT OU SON REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), M. /Mme (NOM, Prénom) agissant en qualité de :

☐ résident de l'EHPAD de Montlouis sur Loire.

☐ représentant légal de M./Mme, résident de l'EHPAD LA BOURDAISIÈRE.

Déclare avoir reçu et pris connaissance de la plaquette décrivant les conditions d'entretien du linge proposées par l'établissement.

De plus, j'ai bien compris que le coût d'entretien du linge est compris dans le tarif de l'établissement, je précise donc que : *(cocher la case correspondant à votre choix)*

☐ J'accepte l'entretien du mon linge personnel par l'établissement (à l'exception du linge fragile)

☐ Je refuse l'entretien du mon linge personnel par l'établissement, sans déduction sur les frais d'hébergement du coût de l'entretien du linge et mets à disposition dans la chambre une pаниère réservée à cet effet.

Date :

Signature :

ENGAGEMENT DE PAYER

A COMPLETER PAR LE NOUVEAU RESIDENT OU SON REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), M. /Mme (Nom, prénom) agissant en qualité de :

- ☐ résident de l'EHPAD de Montlouis sur Loire.
- ☐ représentant légal de M./Mme, résident de l'EHPAD LA BOURDAISIÈRE.

Déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions d'admission, du coût du séjour, des modalités de facturation et de résiliation, des responsabilités respectives de chacun des signataires et en accepter les clauses et principes.

J'atteste de plus avoir reçu une copie de la charte des droits et libertés des personnes âgées hébergées en institution, un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Montlouis sur Loire

Mention manuscrite obligatoire à recopier

M'engage à régler auprès du Comptable du Trésor les frais qui m'incombent à réception du titre de recette émis par l'EHPAD de Montlouis sur Loire.

A remplir en cas de demande d'aide sociale :

Déclare avoir fait une demande d'Aide Sociale et

- dans l'attente de la décision de la commission d'Aide Sociale :

- ☐ m'engage à reverser 90% de mes pensions, rentes, retraites au Comptable du Trésor Public.

- en cas d'accord de la commission d'Aide Sociale pour prise en charge de mes frais d'hébergement :

- ☐ m'engage à reverser 90% de mes pensions, rentes, retraites au Comptable du Trésor Public.

Ou

- ☐ autorise le Comptable du Trésor Public à percevoir en mon nom et place, mes pensions, rentes et retraites.

Fait à MONTLOUIS SUR LOIRE, le _____

Signature du résident (Précédée de la mention Manuscrite « lu et approuvé »)	Ou Signature de son représentant légal,	Signature de la Directrice Mme Aude BELFILS 
--	--	---

ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante)

☐ de débiteur de secours (conjoint)

☐ d'obligé alimentaire (article 205, 206, 207 du Code civil)

Vu le Contrat de Séjour et l'absence de prise en charge de l'Aide Sociale,

Mention manuscrite obligatoire à recopier

m'engage, en accord avec mes co- obligés alimentaires, en application de l'article R 132-9 et suivant du Code de l'action sociale et des familles, à payer des frais de séjour établis sur les bases précisées par le présent contrat.

Qualité :

Date :

Lieux :

Signature(s) :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante à votre choix)

☐ de résident

☐ de représentant légal

☐ **Autorise**, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de Montlouis sur Loire, la diffusion de mon image :

☐ A l'intérieur de l'établissement

☐ Dans les médias.

☐ **N'autorise pas**, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de Montlouis sur Loire, la diffusion de mon image :

☐ A l'intérieur de l'établissement

☐ Dans les médias.

Fait à MONTLOUIS SUR LOIRE, le _____

Signature du résident	Ou Signature de son représentant légal,

AUTORISATION D'APPORT DE PETITS MOBILERS ET **APPAREILS DIVERS**

Monsieur*, Madame*(NOM, Prénom) _____
est autorisé(e) à apporter les équipements, objets ou petits mobiliers suivants (s'il s'agit d'un appareil électrique, électronique, l'avis préalable d'un agent du service technique sera requis) :
(* rayer la mention inutile)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Fait à MONTLOUIS SUR LOIRE, le _____

Signatures :

Le résident ou son représentant légal Précéder de la mention « lu et approuvé »	Le service technique Nom de la personne qui valide :	La Directrice d'établissement Mme Aude BELFILS
		

DEMANDE D'ACCORD **RELATIF À LA PRESTATION PHARMACEUTIQUE**

Madame, Monsieur,

Toute personne a le libre choix de son pharmacien. Afin de promouvoir la meilleure prestation pharmaceutique au profit des résidents, l'établissement dans lequel vous êtes accueilli(e) **est conventionné avec une pharmacie d'officine**. La convention signée reste à votre disposition pour prise de connaissance et peut vous être adressée par email sur demande.

Si vous souhaitez bénéficier de cette prestation, nous vous remercions de compléter le formulaire de demande ci-dessous :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur*..... ,
résident dans l'établissement ou son représentant légal,*

- ☐ *Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EHPAD dans une démarche conventionnelle de qualité, de sécurité et de traçabilité de la prise en charge médicamenteuse,*
- ☐ *Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé (accompagnés de toutes les informations nécessaires à leur administration et à la coordination des soins avec les équipes soignantes et médicales) par le pharmacien d'officine engagé par convention (dans le respect des objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de sa prestation),*

*Le résident ou son représentant légal demandant **ce service gracieux** au sein de notre établissement **ne renonce pas** à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.*

Fait à le

Signature :

**Rayer la mention inutile*

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ **À LA RÉALISATION DE SÉROLOGIES** **EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG**

Madame, Monsieur,

Pendant votre séjour dans l'établissement, si un membre du personnel est victime d'un accident par piqûre, coupure ou projection, il peut être mis en contact avec votre sang (ou autre liquide biologique). Ce type d'accident l'expose à un risque minime, mais non totalement absent, de contamination par certains virus dont vous pouvez être porteur (porteuse) à votre insu (hépatite B et C, VIH).

Si ce risque est avéré, il est nécessaire de mettre en route très rapidement un traitement préventif pour le soignant potentiellement contaminé.

Ainsi conformément aux préconisations, nous vous demandons en amont, uniquement en cas d'accident, si vous consentez que soit pratiqué un prélèvement sanguin pour obtenir les sérologies de diagnostic de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

Cela permettra de pouvoir décider, sans aucune perte de temps, de la mise en route d'un traitement préventif au soignant, la prise rapide de ce traitement conditionnant son efficacité.

Le résultat des diagnostics vous sera communiqué à votre demande par le médecin traitant ou médecin le médecin coordonnateur de l'établissement.

À cet effet, nous comptons sur votre compréhension et vous incitons fortement à remplir la déclaration suivante :

Je soussigné(e), Madame*, Monsieur* ,

résident dans l'établissement ou son représentant légal,

- ☐ Déclare avoir compris les informations qui m'ont été données et avoir pu obtenir tous les renseignements qui étaient nécessaires à ma décision,
- ☐ Accepter la réalisation de prélèvements sanguins mentionnés ci-dessus pendant la durée de mon séjour.

Je me réserve le droit de retirer mon accord au cours de ma prise en charge et d'en faire part au personnel de l'établissement.

Fait à Le

SIGNATURE



Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

1

Présentation²

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

□ Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

¹ Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Directives anticipées

□ Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?

Oui et la fiche numéro 3 vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie.

Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro 3 pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

□ Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

□ Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi ².

□ Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

□ Où conserver vos directives ?

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

² La loi prévoit deux cas :

-
- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
 - Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Directives anticipées

Si un « dossier médical partagé »³ a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche 5 ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche 6 ci-après).

³ Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

Directives anticipées

2

Mon identité

Nom et prénoms :

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 I^{er} du code civil :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - j'ai l'autorisation du juge | ☐ Oui | ☐ Non |
| - du conseil de famille | ☐ Oui | ☐ Non |

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

Directives anticipées

3

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche 4 ci-après

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

Directives anticipées

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° à 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° à 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 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 :

.....

- Autre :

.....

- 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° à 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 le à

Signature

Directives anticipées
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° à 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° à 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° à 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 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 le à
Signature

Directives anticipées

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 M^{me}

.....

Fait le à

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 M^{me}

.....

Fait le à

Signature

Directives anticipées

6

Nom et coordonnées 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 parlera en votre nom si vous ne pouvez plus 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 marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Domicilié(e) à :

Téléphone privé :Téléphone professionnel :

Téléphone portable : Email :

☐ Je lui ai fait 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 le à

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

Votre signature

Signature de la personne de confiance

Directives anticipées

7

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(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 le à

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.

Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la
santé publique

Je soussigné(e) (Nom et prénoms) :

.....

Né(e) leà.....

Met fin à la désignation de

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Domicilié(e) à :

.....

Téléphone privé :Téléphone professionnel :

Téléphone portable : Email :

comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action
sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne
de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait àle.....

Signature

Attestation à conserver par l'établissement
relative à l'information
sur la personne de confiance et les directives
anticipées

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : Aude BELFILS

Fonction(s) dans EHPAD La Bourdaisière : DIRECTRICE

atteste avoir délivré l'information relative au droit à désigner une personne de confiance et au droit à la rédaction de directives anticipées :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Attestation signée à _____, le _____

Signature de la Directrice
Mme Aude BELFILS



Signature de la personne accueillie
ou de son représentant

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

1. CHOIX DE VIE

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

2. 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.

3. 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.

4. PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

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

5. PATRIMOINE ET REVENUS

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

6. VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

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

7. LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

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

8. PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PRÉVENIR

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

9. DROIT AUX SOINS

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

10. QUALIFICATION DES INTERVENANTS

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

11. RESPECT DE LA FIN DE VIE

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

12. LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

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

13. EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

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

14. 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.

Fondation Nationale de Gérontologie

DROITS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION

Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale.

Le respect des droits et liberté des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : logements - foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de soins de longue durée, etc....

- 1** - Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Charte des Droits et des Libertés spécifiques aux personnes âgées dépendantes.
- 2** - Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans son accord.
- 3** - Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées
- 4** - Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.
- 5** - L'institution devient le domicile du résident. Il doit y disposer d'un espace personnel.
- 6** - L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins.
- 7** - L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.
- 8** - L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.
- 9** - L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, horaires de visites souples, possibilités d'accueil pour quelques jours.
- 10** - Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.) le résident doit retrouver sa place dans l'institution.
- 11** - Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
- 12** - Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DE **L'Unité pour Personnes Agées** **Désorientées (UPAD MONTLOUIS)** (MARS 2013)

- L'entrée et la sortie dans l'unité sont soumises à des critères prédéfinis, mentionnés dans le courrier ci-après.
- Un projet de soin individualisé est mis en place à l'entrée de la personne et réévalué périodiquement. Il consiste au recensement des acquis et des besoins de la personne âgée accueillie afin de lui proposer une prise en charge globale adaptée à son mode de vie, son histoire... Dès lors que la participation aux activités occupationnelles devient impossible, qu'il y a perte d'autonomie et / ou la survenue d'une pathologie entraînant une dépendance physique importante ou requérant des soins particuliers, le maintien au sein de l'unité n'est plus adapté et une sortie est alors programmée. Cette sortie est entérinée lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire.
- Chaque résident a une infirmière et une aide-soignante référentes.
- Les traitements sont instaurés par les médecins traitants. Les traitements sont dispensés par les aides-soignantes après préparation et vérification par la pharmacie. Le personnel ne fait qu'informer des modifications de comportement et de toute survenue de nouveaux symptômes. Le personnel infirmier se charge de prendre contact avec les familles pour leur notifier les changements survenus dans l'état de santé de leur proche, les rendez-vous médicaux et les changements significatifs de traitement.
- Le lever est fonction de la personne et de son rythme. Il n'y a pas d'horaire défini.
- Le coucher est fonction de la personne, de son rythme et des saisons.
- La plupart des résidents ont dans leur chambre des lits « Alzheimer » qui peuvent descendre très bas pour éviter les chutes. Il est convenu qu'ils sont positionnés en journée en fonction de la mobilité de chaque résident afin de leur faciliter les transferts et redescendus au plus bas en soirée afin de limiter les risques de chute pendant la nuit.
- Les repas : ils sont en règle générale pris en commun dans le salon sauf si la personne est trop fatiguée. Auquel cas, ils peuvent avoir lieu en chambre. Les personnes qui ne seraient pas levées au moment du repas en commun auront leur repas servi à leur convenance. De même, certains résidents prennent des repas fragmentés tout au long de la journée.
Les familles ne sont pas autorisées à assister aux repas pour la tranquillité de l'ensemble des résidents sauf cas exceptionnel laissé à l'appréciation du personnel.
- La toilette : chaque résident est levé, lavé, habillé en fonction de son heure de réveil. Il n'y a pas d'obligation de douche. Elle est cependant proposée au moins une fois par semaine.
- Le linge doit être marqué et le résident doit être suffisamment pourvu afin de pallier aux changements qui peuvent avoir lieu plusieurs fois par jour. Son entretien est confié à la lingerie sauf si les familles souhaitent s'en occuper. Pour information, il arrive que des résidents se déshabillent au cours de la

journée, qu'ils aillent emprunter les vêtements d'autres résidents ou décident de se remettre en pyjama. Certains vont également superposer des vêtements à ceux déjà enfilés au moment de la toilette.

- Les protections anatomiques : elles sont changées autant de fois que l'état de santé du résident le nécessite.
- Les personnes sont libres de déambuler au sein de l'unité de jour comme de nuit.
- Les objets personnels : chacun est libre d'avoir des objets personnels au sein de l'unité mais compte tenu du caractère particulier de la pathologie, il est possible que les objets circulent et soient retrouvés dans d'autres chambres voire même perdus. Le personnel ne peut être tenu pour responsable mais doit rester vigilant. Les objets de valeur doivent être signalés dès l'entrée et inscrits sur l'inventaire.
- Le service favorise le maintien des relations familiales en proposant des animations communes pour intégrer au maximum les familles. Celles qui le souhaitent sont régulièrement conviées aux sorties et animations proposées aux résidents.
- Les activités : la personne âgée est encouragée à conserver des activités. En fonction des capacités de chacun et de l'état de santé, des activités sont proposées. Toutefois, lors des ateliers, il est demandé aux familles de ne pas déranger leur bon déroulement et de bien vouloir soit s'isoler dans les chambres de leur proche soit de sortir de l'unité afin de ne pas perturber l'attention des résidents.
- La personne âgée en fin de vie et sa famille : soins, assistance et accompagnement sont procurés à la personne âgée en fin de vie ainsi qu'à sa famille. Toutefois, le lieu de vie n'a pas vocation à être un lieu de fin de vie. C'est pourquoi, faisant suite aux critères prédéfinis de sortie, la personne en fin de vie est orientée dans un autre service où des soins appropriés à son état lui seront dispensés.



Aude BELFILS (Directrice)
À
L'ensemble des familles des résidents
hébergés dans l'unité Alzheimer

Madame, Monsieur,

Il vous a été proposé d'accueillir votre parent dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD de Montlouis-sur-Loire : il s'agit d'une unité accueillant des personnes âgées atteintes d'une pathologie requérant un encadrement renforcé, dans des locaux sécurisés.

Ce service est destiné exclusivement aux résidents présentant une pathologie liée à des troubles des fonctions supérieures associées à des troubles du comportement social et une déambulation avec ou sans risque d'errance, nécessitant des moyens de structure et en personnel importants.

La maladie évoluant, il se peut qu'un jour votre parent ne réponde plus aux critères de la prise en soins spécifique de ce service.

L'impossibilité de participation aux activités occupationnelles, la perte de mobilité et/ou la survenue d'une pathologie entraînant une dépendance physique importante ou requérant des soins particuliers (troubles locomoteurs, assistance nutritionnelle, soins infirmiers complexes...) ne nous permettront plus dans ce cas le maintien de votre parent au sein de l'unité. Ce sont des critères de sortie du service Alzheimer.

Le résident concerné sera transféré dans une autre chambre au sein de l'EHPAD.

Toute sortie fera l'objet d'un accompagnement pour le résident et sa famille, ce qui permettra de faire ce lien entre le résident, sa famille, l'unité Alzheimer et le nouveau service d'accueil et de maintenir la continuité et la qualité des soins.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Dr HEURTEBIZE

Aude BELFILS

Médecin Coordonnateur

Directrice

Je soussigné(e)certifie avoir pris connaissance de
l'information ci-dessus.

Date :

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

ÉTAT DES LIEUX D'ENTREE (1/2)

CHAMBRE N° _____

NOM et Prénom du Résident _____

Date d'entrée : _____

La chambre comprend :

Équipement sanitaire :**État :**

	Très Bon	Bon
☐ Lavabo	☐	☐
☐ WC	☐	☐
☐ Douche	☐	☐
☐ Miroir	☐	☐
☐ Chaise de douche	☐	☐
☐ Sonnette d'appel sanitaire	☐	☐
☐ Poubelle	☐	☐

Équipement général :**État :**

	Très Bon	Bon
☐ Sonnette d'appel chambre	☐	☐
☐ Télévision + Télécommande	☐	☐
☐ Télécommande volets roulants	☐	☐
☐ Téléphone (si présent)	☐	☐
☐ Cimaie avec 3 tiges et 9 crochets	☐	☐
☐ Prises électriques	☐	☐
☐ Etat du sol	☐	☐
☐ Etat des murs	☐	☐
☐ Etat des rideaux	☐	☐

Il n'est pas permis de faire des trous ou de pointer dans les murs.

Mobilier :**État :**

	Très Bon	Bon
☐ 1 lit à hauteur variable avec télécommande	☐	☐
☐ 1 chevet (un tiroir + 1 clé)	☐	☐
☐ 1 fauteuil confort	☐	☐
☐ 1 chaise	☐	☐
☐ 1 bureau (3 tiroirs + 1 clé)	☐	☐
☐ 1 potence	☐	☐
☐ 1 placard avec portes coulissantes, tringle et étagères	☐	☐

Spécifique UPAD :

1 armoire de toilette + 1 clé	☐	☐
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

ÉTAT DES LIEUX D'ENTREE (2/2)

CHAMBRE N° _____

NOM et Prénom du Résident _____

Date d'entrée : _____

Autres (à préciser) _____

Remarques :

Par mesure de sécurité, l'utilisation d'appareil électroménager (bouilloire...) est proscrite et avant toute utilisation d'un appareil électrique se rapprocher des services de sécurité qui valideront ou non l'installation.

Toute dégradation pendant ou à la fin du séjour du résident nécessitant des travaux de remise en état pourra être à la charge financière des familles, sur présentation des factures correspondantes.

Fait à MONTLOUIS SUR LOIRE, le __ / __ / ____

Signatures :

Le résident Ou son représentant légal Précéder de la mention « lu et approuvé » :	Le service technique Nom de la personne qui valide :	La Directrice d'établissement Mme Aude BELFILS
--	---	---

ÉTAT DES LIEUX DE SORTIE (1/2)

CHAMBRE N° _____

NOM et Prénom du Résident _____

Date de sortie : _____

La chambre comprend :

Équipement sanitaire :

	État :	Bon	Travaux	commentaires
☐ Lavabo		☐	☐	_____
☐ WC		☐	☐	_____
☐ Douche		☐	☐	_____
☐ Miroir		☐	☐	_____
☐ Chaise de douche		☐	☐	_____
☐ Sonnette d'appel sanitaire		☐	☐	_____
☐ Poubelle		☐	☐	_____

Équipement général :

	État :	Bon	Travaux	commentaires
☐ Sonnette d'appel chambre		☐	☐	_____
☐ Télévision + Télécommande		☐	☐	_____
☐ Télécommande volets roulants		☐	☐	_____
☐ Téléphone (si présent)		☐	☐	_____
☐ Cimaie avec 3 tiges et 9 crochets		☐	☐	_____
☐ Prises électriques		☐	☐	_____
☐ Etat du sol		☐	☐	_____
☐ Etat des murs		☐	☐	_____
☐ Etat des rideaux		☐	☐	_____

Il n'est pas permis de faire des trous ou de pointer dans les murs.

Mobilier :

	État :	Bon	Travaux	commentaires
☐ 1 lit à hauteur variable avec télécommande		☐	☐	_____
☐ 1 chevet (un tiroir + 1 clé)		☐	☐	_____
☐ 1 fauteuil confort		☐	☐	_____
☐ 1 chaise		☐	☐	_____
☐ 1 bureau (3 tiroirs + 1 clé)		☐	☐	_____
☐ 1 potence		☐	☐	_____
☐ 1 placard avec portes coulissantes, tringle et étagères		☐	☐	_____

Spécifique UPAD :

☐ 1 armoire de toilette + 1 clé	☐	☐	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

ÉTAT DES LIEUX DE SORTIE (2/2)

CHAMBRE N° _____

NOM et Prénom du Résident _____
Date de sortie : _____

Autres (à préciser) _____

Remarques :

Toute dégradation pendant ou à la fin du séjour du résident nécessitant des travaux de remise en état pourra être à la charge financière des familles, sur présentation des factures correspondantes.

Fait à MONTLOUIS SUR LOIRE, le __ / __ / ____

Signatures :

Le résident ou son représentant légal Précéder de la mention « lu et approuvé » :	Le service technique Nom de la personne qui valide :	La Directrice d'établissement Mme Aude BELFILS
--	---	---