



EHPAD RESIDENCE VALERIE

Dossier d'admission

EHPAD RESIDENCE VALERIE

PLACE DU SANA

59182 Montigny en Ostrevent

Tel : 03 37 954 954

ehpad.residencevalerie@gmail.com

Objet : Inscription EHPAD Résidence Valérie

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande d'admission à **l'EHPAD Résidence Valérie**, je vous prie de trouver ci-joint la liste des documents nécessaires à la prise en compte de votre inscription.

Votre inscription ne pourra être confirmée qu'à l'issue de la remise complète de votre dossier et de l'étude de notre commission médicale.

Vous remerciant pour la confiance que vous nous accordez,

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

Le directeur

M. Dimitri WIDIEZ

Documents à fournir pour l'admission

DOSSIER ADMINISTRATIF :

- Photocopie ou original de la carte d'identité ;
- Photocopie carte de séjour en cours de validité si nécessaire ;
- Photocopie du livret de Famille ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ;
- Photocopie de l'attestation papier de la carte de Sécurité Sociale + de la carte de mutuelle ;
(les cartes originales devront être données le jour de l'entrée) ;
- Photocopie d'assurance responsabilité civile en cours ;
- Photocopie de la décision du Conseil Général (si bénéficiaire de l'A.P.A) ;
- La fiche accueil et habitudes de vie ;
- Attestation d'assurance à la Résidence Valérie (biens, objets personnels, responsabilité civile) ;
- Photocopie de tous les justificatifs de ressources, d'épargne, de biens ;
- Photocopie de l'attribution de l'allocation logement ;
- Photocopie de l'attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) ;
- Photocopie de la demande de l'Aide sociale ;
- Photocopie du contrat obsèques ;
- Coordonnées des pompes funèbres ;
- Remplir toutes les autorisations des familles et le consentement éclairé
- Un RIB avec la demande de prélèvement si choisi pour les séjours indéterminés ;
- Un Chèque de caution devra être remis le jour de l'admission (ne sont pas concernés les séjours temporaires).

L'entrée pourra être différée si tous les documents médicaux ne sont pas fournis avant le jour prévu de l'admission

HEBERGEMENT ET VIE SOCIALE

TROUSSEAU – ENTRETIEN DU LINGE

Concernant le **linge personnel de vos aîné(e)s**, nous vous proposons une **prestation** tarifée et intégrée dans le tarif hébergement.

Un forfait de 50 euros est facturé 1 seule fois pour l'étiquetage lors de l'entrée : tout nouveau linge doit impérativement être remis par les proches du résident à la chef lingère ou la lingère qui se chargera de l'étiquetage, ce dernier ne sera pas facturé.

Dans le cas où le Résident n'opte pas pour la prestation « linge », il est obligatoire qu'il fasse marquer son linge personnel, en faisant apparaître le nom, le prénom et Résidence Valérie.

Dans le cas où le Résident opte pour le **forfait « linge »**, le **marquage de l'ensemble du trousseau** est effectué à l'aide d'**étiquettes spécifiques** où sont indiqués **les noms et prénoms du résident et Résidence Valérie**, afin de faciliter la **traçabilité du linge**.

Seuls les vêtements non fragiles qui passent au sèche-linge et **qui peuvent être lavés en machine sont acceptés**. En cas de détérioration du linge non conforme, la Résidence Valérie ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable.

Par ailleurs les vestes (tailleurs, costumes,), les cravates, les manteaux, les couvre – lits personnel, housse de couette, chaussures, pantoufles et couverture personnelle ne sont pas pris en charge par l'établissement. Ils sont à déposer par les proches du résident dans un pressing, ne seront pas pris en charge par l'établissement.

Modalités :

2 semaines avant l'entrée : amener dans la mesure du possible le linge, afin qu'il soit étiqueté si vous en faites le choix.

Jour J : un inventaire sera établi par la chef lingère et/ou la lingère.

Par la suite, si vous êtes amené à apporter d'autres vêtements, vous pouvez les déposer dans un casier prévu à cet effet ou les remettre en lingerie directement.

Vêtements	Quantité à prévoir
Paire de bas, chaussettes, collants	10
Châle	1
Caleçon ou culotte ou slip	10
Chemise de nuit ou pyjama	6
Chemise(ier)	4
Draps de bain	3
Fond de robe et / ou maillots de corps	8
Foulard	1
Gant de toilette	12 clairs- 12 foncés
Gilet	4
Jupe / robe / pantalons	8
Pantoufles	1
Plaid (non obligatoire)	
Polo / tee shirt	4
Pull	4
Robe de chambre été et hiver	1
Soutien-gorge (si dans les habitudes)	6
Serviettes de toilettes	12 serviettes claires - 12 serviettes foncées
Manteau été et hiver	1

Petite valise ou sac de voyage en cas d'hospitalisation

Nom et prénom du Résident _____

Nom et prénom du signataire :

A PREVOIR EGALEMENT LE JOUR DE L'ENTREE

Le nécessaire de toilette :

Savon, shampoing, peigne, brosse, rasoir, eau de cologne, après-rasage, brosse à dents, dentifrice, colle dentaire si nécessaire, verre à dents, cotons tiges...

L'établissement peut également fournir les produits de toilettes, ceux-ci vous étant refacturés en fin de mois. (Gel douche, shampoing, eau de Cologne, mousse à raser, déodorant)

Les éléments facultatifs :

- Un téléphone (la chambre possédant une prise téléphonique). Adressez-vous à l'accueil pour toute ouverture de ligne
- Une télévision, radio, réveil ...
- Des meubles et accessoires (photos ...) familiers du résident afin de faciliter son adaptation et sa création de repères. • Si le résident à une activité régulière (tricot ...), vous pouvez fournir le nécessaire.

Ce que vous devez impérativement fournir

- Les médicaments, ordonnances et carte vitale du résident
- Un réveil, une pendule, une montre ou autre pour que le résident ait un repère temporel...

VOS LOISIRS ET VOS SOUHAITS

Merci de bien vouloir remplir ce court questionnaire, utile à l'organisation de l'Animation

NOM : _____ PRENOM : _____

NE (E) LE : _____ A : _____

Ancienne Profession : _____

Comment occupez-vous vos temps libres ? _____

Pratiquez-vous des activités manuelles ? OUI

Non Si oui lesquelles ? _____

Pratiquez-vous des activités Physiques ? OUI NON

Si oui les quelles ? (Exemple : Marche, Vélo, Gymnastique) _____

Aimez-vous faire la cuisine ? OUI NON

Quel plat aimez-vous déguster en particulier ? _____

Aimez-vous lire ? OUI NON

Si OUI quel genre de livre ? _____

Aimez-vous faire du sport ? OUI NON

Si oui quel genre ? _____

Souhaitez-vous assister à la messe qui a lieu une fois par mois OUI NON

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ,

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Certifie :

Accepter :

D'être pris(e) en photo dans l'établissement et lors des activités extérieures à condition que celles-ci ne soient pas diffusées en dehors de l'EHPAD RESIDENCE VALERIE de Montigny en Ostrevent.

Refuser :

Nom – Prénom – signature

Du patient et/ou personne de confiance

Nom – Prénom – signature

de la personne recueillant le consentement

Fait à Montigny en Ostrevent , le

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez si vous le souhaitez, désigner une **PERSONNE DE CONFIANCE** que vous choisirez librement dans votre entourage. Celle-ci peut être un parent, un proche. Cette procédure est obligatoire.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez, s'exprimer au nom du résident et non en son nom propre.

Quel est son rôle ?

- A votre demande, la personne de confiance peut vous accompagner lors de l'entretien qui vise à rechercher votre consentement pour entrer en EHPAD,
- Celle-ci peut proposer de réviser l'annexe au contrat de séjour visant à assurer votre sécurité et votre intégrité physique (exercice de sa liberté d'aller et venir)
- Elle peut être consultée lorsque vous rencontrez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits
- Enfin, elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

Vous pourrez également confier à votre personne de confiance vos DIRECTIVES ANTICIPEES.

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Désigne comme personne de confiance Madame, Monsieur :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :portable :

Lien avec la personne (parenté, médecin traitant, proche etc...) :

.....

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

- Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement
- Jusqu'à ce que j'en décide autrement

J'ai bien pris en compte que ma personne de confiance désignée ci-dessus :

- Pourra, a votre demande, vous accompagner lors de l'entretien qui vise à rechercher votre consentement pour entrer en EHPAD,
- Pourra proposer de réviser l'annexe au contrat de séjour visant à assurer votre sécurité et votre intégrité physique (exercice de sa liberté d'aller et venir)
- Pourra être consultée lorsque vous rencontrez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits
- Enfin, elle pourra vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- **Sera informé par mes soins de cette désignation. je devrais m'assurer de son accord.**

SIGNATURE DE LA PERSONNE DESIGNEE

FAIT ALe ,

signature

LA PERSONNE REFERENTE

AUTORISATION DES FAMILLES

Je, soussigné, Monsieur, Madame, (lien de filiation) ou son représentant légal :

.....

De M ou Mme.....

Demeurant.....

.....

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

..... ci-après désigné en qualité de résident l'EPHAD RESIDENCE

VALERIE, Place du SANA, 59182 Montigny en Ostrevent.

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

J'autorise également mon parent à pratiquer toutes les activités sociales, culturelles, ludiques et kinésiques correspondant à son état de santé et cela en référence au projet d'animation. Cette pratique des activités est consentie sous le respect de la volonté de la personne concernée.

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

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

A Montigny en Ostrevent, le.....

Signature : (avec mention « lu et approuvé »)

SOINS
ET
DEPENDANDE

PRELEVEMENT SANGUIN

Consentement éclairé pour prélèvement sanguin, en cas d'accident du personnel avec exposition au sang

Je soussigné (e)donne mon accord pour une prise de sang afin de vérifier la négativité des sérologies des maladies à transmission sanguine.

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

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

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

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

A Montigny en Ostrevant,

Le,.....

Signature du résident ou de son représentant légal

ORGANISATION DES SOINS DE PEDICURE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une meilleure organisation de nos prestations nous effectuons un recensement des souhaits concernant les soins de pédicure.

A ce titre, nous vous informons que les personnes diabétiques peuvent bénéficier depuis le 24 Mai 2008 (par décision de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie « affichée à l'accueil ») de séances de soins et de prévention pédicure/podologie.

Le personnel assure les soins d'entretien courant des ongles des pieds, mais ne s'occupe pas des ongles épais ou difficiles, ni des soins de pédicure des personnes diabétiques.

Nous vous demandons par conséquent de bien vouloir nous retourner dûment rempli le petit « recensement » ci-joint.

Vous en remerciant par avance, Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

-

Coupon « Recensement » à retourner à l'EHPAD dûment rempli

Nom, Prénom du Résident :

Êtes-vous favorable à l'intervention d'un pédicure : **oui** " **non** "

Si **oui** Nom du pédicure choisi

Fréquence habituelle d'intervention :

Si non, Assurez-vous le relais en cas de problème signalé par le personnel oui " non "

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « Directives Anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

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

Cette démarche n'est pas obligatoire, mais vivement recommandée.

A quoi servent les directives anticipées ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

Comment rédiger vos directives anticipées ?

Vous devez être majeur.

Vous devez être en capacité d'exprimer votre volonté libre et éclairé au moment de la rédaction.

Vous devez écrire vous-même vos directives. Elles doivent être datées, signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à votre personne de confiance.

Vous pouvez indiquer dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie. (ex : acceptation ou refus de traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort ...) et votre décision pour le don d'organes, parlez-en avec votre médecin.

Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?

À tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement. Il n'y a pas de limite de temps.

Pensez à en informer votre personne de confiance.

Les directives anticipées constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Le médecin les appliquera en fonction des circonstances de votre état de santé ou de l'évolution des connaissances médicales et aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je, soussigné(e), (nom-prénom) :

Né(e) le :

A :

Énonce ci-dessous mes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Je souhaite bénéficier des mesures palliatives adéquates m'assurant un confort optimum (médecine, soins, etc.)

Que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou d'autres symptômes pénibles tels que la détresse respiratoire, la soif, etc., même si les analgésiques devaient altérer mon état de conscience et/ou ma santé.

On renoncera ainsi à appliquer toutes les mesures qui n'auraient pas pour objectif d'alléger ces symptômes.

Je ne souhaite ni alimentation artificielle ni hydratation par perfusion en état d'agonie.

Je souhaite que l'on renonce à toutes les mesures visant la prolongation de la vie,

si le pronostic médical me concernant est sans espoir.

si mes fonctions vitales font défaut et que mon état mène inexorablement à la mort.

Je ne souhaite en aucun cas être réanimé(e) Oui Non

Si (et seulement si) les atteintes à mon cerveau devaient être telles qu'elles ne me permettent plus de reprendre conscience, -

Je souhaite que les traitements soient interrompus Oui Non

Je souhaite éviter toute réanimation visant à prolonger ma vie. Oui Non

Je souhaite

- que la prise en charge soit effectuée dans l'établissement **EHPAD Résidence Valérie** selon mon concept d'accompagnement.
- que la prise en charge soit effectuée en milieu hospitalier.

Date :

Signature :

J'atteste avoir rempli ce document après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés.

A Le :

Signature :

Modification :

Date :

Signature :