

## FICHE ADMINISTRATIVE D'ADMISSION

### IDENTITÉ DU RÉSIDENT

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....

Sexe :  masculin  féminin Nationalité : .....

Adresse : .....

Le résident est :  propriétaire  locataire

Profession antérieurement exercée : .....

### RELIGION

Religion : ..... Praticant(e) :  oui  non

### CONSIGNES EN CAS DE DÉCÈS

Personne à prévenir (NOM, Prénom, téléphone) : .....

En cas d'aggravation de l'état de santé du résident, souhaitez-vous être prévenu(e) la nuit (20H00 – 08H00) ?

oui  non

Dans tous les cas, la personne désignée est prévenue à partir de 08H00.

Vêtements prévus :  oui  non Contrat obsèques :  oui  non

Nom et adresse de l'organisme : .....

N° de contrat : .....

funérarium  retour à domicile  incinération  dons d'organes  don du corps

### DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie complète du livret de famille et de la carte d'identité (recto/verso)
- Copie de l'attestation de Carte Vitale (CPAM, MSA,...)
- Carte Vitale
- Carte de mutuelle de l'année en cours
- Copie du dernier avis d'imposition ou non imposition
- Copies des dernières attestations fiscales des caisses de retraite
- Copie de la décision du Conseil Départemental d'attribution d'APA si bénéficiaire
- N° d'allocataire ..... si bénéficiaire de l'allocation logement ou de l'APL
- Copie du jugement du tribunal confiant la mesure de protection juridique
- Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile personnelle, s'il en existe une
- Copie de l'attestation d'assurance des biens et objets personnels, s'il en existe une
- 2 photos d'identité couleurs
- 3 derniers relevés de(s) compte(s) bancaire(s) et relevé d'identité bancaire
- Avis de taxe(s) foncière(s) si propriétaire

## COORDONNÉES DU RÉFÉRENT FAMILIAL

Le référent familial assure la coordination avec l'entourage et est le correspondant prioritaire avec l'établissement.

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

☎ : ..... ) : .....

@ : .....

J'autorise l'E.H.P.A.D à me communiquer des informations par e-mail.

Lien de parenté ou autre avec le résident : .....

Le référent familial est l'interlocuteur privilégié de l'établissement pour tout ce qui concerne la vie quotidienne, le bien-être et la sécurité du résident.

Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du résident seront envoyés exclusivement au référent familial.

Le référent devra en assurer la diffusion aux personnes de son choix.

La désignation du référent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du résident en qualité d'obligés alimentaires, tel que définis par les articles 203 et suivants du Code Civil.

Le référent familial désigné ci-dessus accompagne le résident dans ses démarches administratives, relationnelles et financières si besoin.

Il s'engage à délivrer à l'établissement les informations essentielles concernant le résident et relevant de la seule autorité familiale.

Il communique à l'établissement, lors de l'admission, la liste des enfants et des proches du résident et assure le traitement des dossiers courants en lien avec les organismes publics ou privés (Conseil Général, Sécurité Sociale, mutuelle, compagnie(s) d'assurance,...).

De plus, le référent familial veille à l'approvisionnement régulier du trousseau ou des effets personnels destinés au résident (vêtements, produits d'hygiène, accessoires de toilette,...).

Il prend également les dispositions nécessaires à la mise en place d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle) si l'état de santé du résident l'exige.

Le résident peut, à tout moment, désigner un autre référent familial.

Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

Signature du référent :

## DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

déclare sur l'honneur désigner :

Nom : .....

Prénom : .....

demeurant : .....

.....  
comme personne de confiance, en application de la loi du 4 mars 2002 (cf : Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je suis informé(e) que cette décision est révocable à tout moment.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

### **ARTICLE L. 1111-6 du Code de la Santé Publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 article 11 – Journal Officiel du 5 mars 2002)**

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.


Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

## DÉSIGNATION DES AUTRES CORRESPONDANTS FAMILIAUX

**1** – NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : .....


Adresse : .....

 : ..... ) : .....

@ : .....

**2** – NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : .....


Adresse : .....

 : ..... ) : .....

@ : .....

**3** – NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : .....


Adresse : .....

 : ..... ) : .....

@ : .....

**4** – NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : .....


Adresse : .....

 : ..... ) : .....

@ : .....

**5** – NOM et Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

 : ..... ) : .....

@ : .....

## DEMANDE D'ACCUEIL

NOM : ..... Prénom(s) : .....

La demande d'accueil est faite par :  la personne elle-même

la famille

préciser : .....

structure médicale

préciser : .....

institution

préciser : .....

service social

préciser : .....



commune

préciser : .....

Coordonnées du demandeur :

Nom : .....

Prénom : .....

 : .....  : .....

La personne prochainement accueillie est informée de cette démarche d'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes :  oui  non

Qu'en pense-t-elle ? : .....

.....

A la suite de quel(s) événement(s) cette démarche a-t-elle été envisagée ? : .....

.....

La personne est-elle consentante à cette démarche d'accueil ? :  oui  non

Son consentement a-t-il été :

- recueilli :  oui  non

- recherché :  oui  non

si oui, par qui : .....

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

## ENGAGEMENT DE PAYER

**(à compléter obligatoirement)**

Frais de séjour concernant (NOM et Prénom du résident) : .....

résidant dans l'établissement depuis le : ...../...../.....

Je déclare/nous déclarons en qualité d'obligé(s) alimentaire(s) **m'engage/nous engageons à m'acquitter/nous acquitter des frais de séjour** (éventuellement déduction faite des retraites encaissées par l'établissement) **même dans le cas où l'Aide Sociale aux Personnes Agées sollicitée a fait l'objet d'un refus.**

Le montant :  me sera donné.

sera réparti au prorata du nombre d'enfants, soit en parts égales ou à l'amiable après négociation entre les différents obligés alimentaires.

NOM(S) et Prénom(s)	Lien de parenté	Adresse complète et coordonnées téléphoniques	Date	Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le défaut d'engagement de payer ou le non respect de cet engagement entraînera l'introduction d'un recours devant le Tribunal de Grande Instance de TOURS en application de l'article L. 6145-11 du Code de la Santé Publique à l'encontre des débiteurs d'aliments visés à l'article 205 du Code Civil.

**Afin qu'un dossier soit complet, l'engagement de payer doit être complété et signé par chacun des obligés alimentaires (conjoint(e), enfants et gendre ou belle fille en cas de décès d'enfant).**

**DÉSIGNATION DES AMBULANCIERS, LABORATOIRES  
ET DES SERVICES FUNÉRAIRES**

**(à compléter obligatoirement)**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

déclare choisir librement pour ma prise en charge les prestataires suivants :

- ambulancier : .....
- chambre funéraire : .....
- organisateur d'obsèques : .....
- laboratoire d'analyses de biologie médicale : .....

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal précédée de son NOM en toutes lettres :

**Si vous ne souhaitez pas faire de choix pour l'un des quatre items, vous devez OBLIGATOIREMENT porter la mention « NÉANT », dater et signer le document.**

## LIGNE TÉLÉPHONIQUE

Si vous souhaitez qu'une ligne téléphonique soit mise à votre disposition, nous vous remercions de compléter ce document.

L'abonnement forfaitaire applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2016 est de 0.38 € par jour communications incluses.

L'appareil est fourni par l'établissement.

Le paiement sera mensuel et apparaîtra sur le titre exécutoire transmis par le Trésor Public.

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) : .....

sollicite l'ouverture d'une ligne téléphonique à la date du : ...../...../.....

La demande est formulée par :  le résident

une autre personne

préciser le lien de parenté :

.....

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du demandeur :



## PROTOCOLE D'HOSPITALISATION D'URGENCE

### 1. Le lieu d'hospitalisation :

- Il est défini en fonction du choix du résident et/ou de sa famille et est noté sur le dossier dès l'entrée.
- En cas d'urgence, lorsque le médecin traitant est absent, non disponible et/ou la nuit, l'admission est réglée par le SAMU (appel 15) qui fait intervenir une équipe SMUR ou mobilise les moyens appropriés pour le transport de la personne concernée vers l'unité d'accueil des urgences de Centre Hospitalier de LOCHES, le Centre Hospitalier de LOCHES ayant signé une convention avec l'E.H.PAD Balthazar Besnard de LIGUEIL.

Le Centre Hospitalier organise l'hospitalisation sur place ou dans un autre établissement en fonction de la gravité de l'état de santé de la personne ou si aucune place n'est disponible.

### 2. Qui prend la décision de l'hospitalisation ?

- Le médecin traitant s'il est présent ou s'il est disponible pour se rendre auprès du patient.
- Le médecin coordonnateur s'il est sur place. Il informera le médecin traitant.
- Le SAMU ou centre 15 :
  - S'il n'y a pas de médecin sur place ;
  - La nuit de 20H00 à 08H00 ;
  - Le week-end du samedi 12H00 au lundi 08H00.

### 3. La personne à informer :

- Le référent familial désigné sera informé et l'appel sera noté dans le dossier de soins.
- En cas d'hospitalisation la nuit, l'appel se fera en fonction des consignes données par le référent familial et de la gravité de la situation.  
Dans tous les cas, le référent familial est informé dès 08H00.

Le Médecin Coordonnateur.

.....  
Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

atteste avoir pris connaissance du protocole d'hospitalisation d'urgence et déclare avoir choisi le Centre Hospitalier de ..... en cas d'hospitalisation, sauf en cas d'extrême urgence vers un centre plus adapté à l'état de santé.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

## INFORMATION SUR LA CONTENTION PHYSIQUE

La contention physique d'un résident est prohibée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé servent de référence.

La contention physique ne peut être mise en place que sur prescription médicale écrite, horodatée, signée et doit préciser :

- le motif ;
- la durée prévisible ;
- le matériel utilisé ;
- le mode de surveillance ;
- les risques à prévenir.

Cette prescription ne peut excéder 24 heures au terme desquelles la contention doit être réévaluée. Si elle est reconduite, elle sera à nouveau motivée et valable pour 24 heures.

Le référent familial sera informé et son consentement sera recherché.

Le Médecin Coordonnateur.

N.B : la mise en place de ceinture de maintien au fauteuil n'entre pas dans ce contexte.

.....  
Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

atteste avoir pris connaissance des recommandation de la Haute Autorité de Santé quant à la contention physique.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

**ATTESTATION RELATIVE A LA PRISE DE CONNAISSANCE DES MODALITÉS  
D'ENTRÉE ET DE SORTIE DE L'U.P.A.D (Unité pour Personnes Agées Désorientées)**

L'entrée/sortie d'un résident dans/de l'Unité pour Personnes Agées Désorientées est conjointement décidée par le Médecin Coordonnateur, la Direction et l'Equipe Paramédicale en cas de :

- Apparition/disparition du risque d'errance  
et/ou
- Apparition/disparition de la capacité à déambuler  
et/ou
- Disparition de fonctions cognitives

Le résident et le référent familial sont systématiquement informés de cette décision, de la date d'effet et de son application sans qu'ils puissent y prendre part.

Une chambre dans l'U.P.A.D/E.H.P.AD est systématiquement proposée au résident concerné par cette entrée/sortie de l'U.P.A.D.

.....  
Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

atteste avoir pris connaissance du protocole d'entrée/sortie de l'Unité pour Personnes Agées Désorientées de l'E.H.P.A.D Balthazar Besnard de LIGUEIL.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

## RESILIATION DE LOCATION DE MATERIEL AU DOMICILE

Madame, Monsieur,

Au titre de l'assurance maladie, la sécurité sociale prend en charge la location de matériel rendue nécessaire par la ou les pathologies de ses assurés sociaux (lits médicalisés, fauteuils roulants etc.) Sachez que pour un même assuré, la sécurité sociale ne peut prendre en charge qu'une seule fois un même équipement.

Aussi, si vous ou la personne dont vous êtes le référent ou que vous avez sous votre protection juridique, avez en location du matériel au domicile vous devez impérativement faire cesser cette location au jour de l'entrée en EHPAD.

En effet, au jour de l'entrée dans l'établissement, le logement du résident devient juridiquement son domicile et le matériel médicalisé qui s'y trouve constitue pour l'assurance maladie le matériel pris à sa charge.

Il s'en suit que tout matériel loué à l'ancien domicile et pris en charge par la sécurité sociale alors que vous ou votre parent êtes à l'EHPAD entraînera une demande de remboursement des frais de location par l'assurance maladie.

L'établissement sera alors contraint de vous réclamer les sommes indûment prises en charge.

Si vous avez des questions quant à ces dispositions, l'agent responsable des admissions est disponible pour vous les expliquer et vous orienter dans les démarches à entreprendre.

Madame/Monsieur ..... (résident) atteste avoir pris connaissance du présent document et m'engage à faire cesser toute location de matériel pris en charge par la sécurité social dans mon ancien domicile

Signature :

Madame/Monsieur ..... (tuteur/curateur) atteste avoir pris connaissance du présent document et m'engage à faire cesser toute location de matériel pris en charge par la sécurité social au domicile de la personne dont j'ai la protection juridique.

Signature :

Madame/Monsieur ..... (référent) atteste avoir pris connaissance du présent document et m'engage à faire cesser toute location de matériel pris en charge par la sécurité social au domicile de la personne dont je suis référent.

Signature :

*Rayer la/les mention(s) inutiles.*

Fait à Ligueil

Le :

## CRÉATION DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Le Dossier Médical Personnel permet aux médecins d'urgences (médecin de garde ou SAMU centre 15) d'avoir accès aux renseignements médicaux concernant votre santé.

L'E.H.P.A.D Balthazar Besnard participe au déploiement du DMP sur la région Centre. Il est habilité à créer un DMP pour le compte des résidents de son établissement.

Ce dossier informatisé, sécurisé et partagé avec les professionnels de santé dont le médecin traitant, ne peut être créé sans votre accord ou celui de votre représentant légal.

Une brochure peut vous être remise à votre demande afin de mieux comprendre l'intérêt et le fonctionnement du DMP et, ensuite, librement consentir à son ouverture.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercions de bien vouloir compléter le coupon réponse ci-dessous.

Le Médecin Coordonnateur.

La Directrice,  
Madame Nadia POTTIER.

**Signé**

.....  
Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

autorise     n'autorise pas

L'E.H.P.A.D Balthazar Besnard à créer :

Mon DMP

Le DMP de (NOM et Prénom du résident) : .....

en utilisant ma/sa Carte Vitale.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

**AUTORISATION D’AFFICHAGE DES NOMS – PRENOMS  
ET D’UTILISATION DE L’IMAGE**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : .....

Demeurant 3 place Ludovic Veneau  
37240 LIGUEIL

Autorise l’EHPAD Balthazar Besnard  
3 place Ludovic Veneau  
37240 LIGUEIL

1 – à afficher mon nom et prénom sur la porte de ma chambre et sur le panneau signalétique du hall d’entrée.

OUI                       NON

2 - à utiliser mon image (photos, films, radiographies,...) dans le cadre du traitement automatisé des données sur tous les supports de communication de l’établissement.

OUI                       NON

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident :

## GESTION DU COURRIER

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

souhaite que le courrier à caractère administratif qui me/lui sera adressé pendant mon/son séjour à l'E.H.P.A.D :

me/lui soit remis en main propre

soit renvoyé aux nom et adresse suivants :

.....

.....

**Dans ce cas, merci de fournir des enveloppes de réexpédition de courrier pré-affranchies disponibles dans les bureaux de Poste. L'adresse du destinataire devra être complétée.**

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

## GESTION DES FACTURES

➤ **Pour le titre exécutoire de paiement :**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....

agissant en qualité de représentant légal,

souhaite que le titre exécutoire concernant mon/son hébergement :

me/lui soit remis en main propre

soit envoyé aux nom et adresse suivants :

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

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou de son représentant légal :

➤ **Pour les factures des intervenant(e)s (coiffeuse, pédicure, esthéticienne,...) :**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

souhaite que les factures des intervenants me soient remises en main propre.

ou

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du référent familial / représentant légal) .....

autorise l'établissement à communiquer mes coordonnées aux intervenants pour le règlement des factures.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident ou du référent familial/représentant légal :



## EXERCICE DU DROIT DE VOTE

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du résident) : .....

Déclare que :

je suis inscrit(e) sur les listes électorales de la commune de .....  
et souhaite continuer à exercer mon droit de vote dans cette commune ; le déplacement sera assuré par une  
personne de mon entourage.

je souhaite continuer à voter dans ma commune d'origine mais je souhaite faire établir une procuration au  
nom de : .....  
(la personne doit obligatoirement voter dans la même commune).

La procuration sera rédigée par la gendarmerie sur demande.

je souhaite être inscrit(e) sur les listes électorales de la commune de LIGUEIL.

je ne souhaite pas exercer mon droit de vote.

Fait à ..... Le : ...../...../.....

Signature du résident précédée du NOM et du Prénom en toutes lettres :

## INFORMATIONS DIVERSES

### **Marquage du linge :**

- Il est conseillé aux familles/représentants légaux de marquer le linge avant l'entrée de leur parent/protégé(e).
- Il est préférable d'utiliser des marques tissées au nom entier du résident, à coudre sur le vêtement à un endroit facilement visible (pour les vêtements allant par paire type chaussettes, gants,... les deux doivent être marqués).
- L'établissement ne peut être tenu pour responsable en cas de perte d'un vêtement ou d'une pièce de linge non marqué.

### **Linge délicat :**

- Il est demandé aux familles de veiller à ce que chaque pièce de linge soit munie d'une étiquette d'entretien (température de lavage, mode de repassage et/ou de séchage).
- Les vêtements tricotés main ou faits main sans étiquette ne seront pas traités en lingerie ainsi que les vêtements qui nécessitent un lavage à la main car nous ne disposons pas de pressing et notre blanchisserie est de type industriel.

### **Inventaire :**

- L'inventaire du trousseau sera fait le jour de l'entrée en présence du résident et/ou de sa famille.
- Les vêtements ne pouvant être traités par le service de blanchisserie seront restitués et la fiche d'inventaire sera signée par l'agent de lingerie présent et le résident/la famille.
- Un double de l'inventaire sera remis au résident ou à sa famille.
- Tout vêtement apporté en dehors du jour de l'inventaire devra être déposé marqué au service lingerie du lundi au vendredi de 07H00 à 17H00.

### **Sortie du résident :**

- Dans tous les cas et même suite au décès du résident, la famille est invitée à reprendre tous les effets personnels.

### **Bijoux et objets de valeur :**

- Pour les objets de valeur et en particuliers les bijoux, une assurance dommages devra être souscrite.

### **Magasin ambulant :**

Il est fortement déconseillé au résident de disposer de beaucoup d'argent en espèces.

Afin de pouvoir acheter les produits de première nécessité, l'Amicale des Résidents met à leur disposition un magasin ambulant.

Une carte pré payée peut être mise en place à partir d'un montant minimum de 5,00 €. Cette carte sera conservée par le service de l'animation qui créditera le compte du résident et débitera les montants au fur et à mesure des achats.

Un courrier sera transmis au résident ou au référent dès que le compte arrivera à épuisement.

### **Mobilier de la chambre :**

Chaque chambre est meublée par l'établissement mais il est possible voire conseillé de personnaliser l'environnement du résident, donc de ramener des meubles et effets personnels (table de nuit, lampe de chevet, cadres,...). Seul le lit médicalisé ne pourra être changé et l'ameublement ne devra pas être une gêne en cas de sortie du lit en urgence.

La télévision n'est pas fournie par l'établissement et n'engendre aucun frais supplémentaire en cas d'installation.

La conformité des appareils électriques personnels devra être validée par les services techniques avant qu'ils ne soient utilisés.

## LES TARIFS

Les prix de journée sont fixés annuellement par le Président du Conseil Général. Ils incluent la part couvrant les frais d'hébergements et la part couvrant les frais liés à la dépendance.

Les tarifs journaliers sont, **à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017**, pour les personnes de plus de 60 ans :

Tarif journalier d'hébergement par type de chambre	Chambre 1 lit	Chambre 2 lits	APA à déduire Versé à l'établissement	
			Chambre 1 lit	Chambres 2 lits
	54.25 €	49.51 €		
GIR 1 – 2	20.52 €		14.99 €	
GIR 3 – 4	13.02 €		7.49 €	
GIR 5 – 6	5.53 €		-	
Tarif hébergement + ticket modérateur (GIR 5 – 6)	59.78 €	55.04 €		
Tarif mensuel hébergement + ticket modérateur (GIR 5 – 6) pour 30 jours	<b>1 793.40 €</b>	<b>1 651.20 €</b>		

En cas d'hospitalisation et pour une durée de 21 jours consécutifs maximum, les frais de séjour sont dus en totalité, déduction faite du forfait hospitalier fixé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 à 18 euros par jours.

Au-delà de 21 jours, il convient de prendre contact avec le service des admissions pour évaluer la nécessité de maintenir ou non la réservation de la chambre.

Dès le premier jour d'hospitalisation la facturation du ticket modérateur est maintenue et l'APA est versée à l'établissement par le Conseil général pendant 30 jours.

Si l'hospitalisation se prolonge, le versement de l'APA à l'établissement est suspendu jusqu'au retour du résident dans l'établissement.

Les frais de séjour et de dépendance sont facturés à terme à échoir et s'arrêtent le jour de la sortie. Le résident ou sa famille dispose alors de trois jours pour libérer la chambre. Passé ce délai, l'établissement se réserve le droit de débarrasser les effets restants. Les biens ainsi laissés dans l'établissement seront conservés durant un an, puis en fonction de leur valeur, transmis aux domaines pour être vendus ou détruits.

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 l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

### I. À quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez 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 alors en cours**. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation (cf. infra IV).

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### II. Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

#### 1. Condition d'âge

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si **vous êtes majeur(e)**.

#### 2. Conditions de forme

Le document doit être écrit et authentifiable. **Vous devez écrire vous-même vos directives.**

Elles doivent être datées et 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 deux témoins** – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une – qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom, qualité et leurs attestations sont jointes aux directives.

#### 3. Conditions de fond

- L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction. Si vous le souhaitez, **vous pouvez demander au médecin** à qui vous confiez vos directives, pour les insérer dans votre dossier, d'y **joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées.**
- Le document doit être rédigé depuis moins de 3 ans. Pour être prises en compte par le médecin, **il faut que vos directives aient été rédigées depuis moins de 3 ans avant la date à partir de laquelle vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté. Vous devez donc les renouveler tous les 3 ans.** Pour cela, il vous suffit de préciser sur le document portant vos directives, que vous décidez de les confirmer et de signer cette confirmation. Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de validité de 3 ans commence à courir. Afin de vous assurer que les directives et leurs modifications éventuelles seront bien prises en compte, vous êtes invité(e) à prendre toutes les mesures pratiques qui s'imposent : mention des coordonnées de la personne détentrice de ces informations, tri des informations à conserver.

### III. Puis-je changer d'avis après avoir rédigé des directives anticipées ?

Les directives sont révocables à tout moment. Vous pouvez donc modifier, quand vous le souhaitez, totalement ou partiellement, le contenu de vos directives. Si vous n'êtes pas en mesure d'écrire, le renouvellement ou la modification de vos directives s'effectuent selon la même procédure que celle décrite précédemment (cf. supra II.3).

Vous pouvez également annuler vos directives et, pour cela, il n'est pas obligatoire de le faire par écrit, mais cela peut être préférable, surtout si cette décision intervient pendant la période de validité des 3 ans.

### IV. Quel est le poids de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé vos directives, le médecin doit en tenir compte. Dans la mesure où elles témoignent de votre volonté alors que vous étiez encore apte à l'exprimer et en état de le faire, elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. **Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical**, y compris sur celui de votre personne de confiance.

**Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin.** Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

### V. Que puis-je faire pour m'assurer que mes directives anticipées seront prises en compte au moment voulu ?

Puisqu'au moment où vos directives seront utiles, vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté, **il est important que vous preniez, tant que vous le pouvez, toutes les mesures pour que le médecin qui devra décider d'une limitation ou d'un arrêt de traitement puisse les consulter facilement.**

Si vos directives ne sont pas insérées ou mentionnées dans le dossier qu'il détient, le médecin cherchera à savoir si vous avez rédigé des directives et auprès de qui vous les avez confiées : il s'adressera alors à votre personne de confiance, votre famille, vos proches, votre médecin traitant ou le médecin qui vous a adressé(e).

Pour faciliter ces démarches, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- le mieux, en cas d'hospitalisation, est de **confier vos directives anticipées au médecin qui vous prend en charge**, que ce soit en établissement de santé ou en ville. Dans tous les cas, vos directives seront conservées dans le dossier comportant les informations médicales vous concernant ;
- vous pouvez enfin **conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix** (en particulier à votre personne de confiance si vous en avez une). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de la personne qui détient vos directives afin qu'il les mentionne dans votre dossier.

### Textes de références

Articles L. 1111-4, L. 1111-11 à L. 1111-13 du Code de la Santé Publique.

Articles R. 111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2, R. 4127-37 du Code de la Santé Publique.

## RECOMMANDATIONS POUR LA COMPOSITION DU TROUSSEAU

Ce trousseau doit être adapté aux saisons, aux besoins et au résident.

### Vêtements :

- 5 à 10 maillots de corps en coton
- 6 à 10 slips en coton
- 3 soutiens-gorge
- 7 combinaisons
- 7 paires de chaussettes/mi-bas/collants
- 7 pyjamas
- 4 à 6 chemises de nuit
- 2 robes de chambre
- 7 pantalons de type jogging
- 7 robes ou jupes ou 5 pantalons de type jogging/caleçon
- 4 chemises
- 5 chemisiers
- 2 à 4 sweats ou pulls
- 2 à 3 gilets
- 2 paires de pantoufles adaptées tenant bien aux pieds (éviter le type mules)
- chaussures adaptées tenant bien aux pieds
- manteau
- bonnet, gants, écharpe, casquette, chapeau de soleil
- mouchoirs

### Trousse de toilette :

- 1 rasoir électrique
- brosse ou peigne
- sèche-cheveux
- verre à dents
- coupe ongles
- pince à épiler
- accessoires de coiffure (pinces, barrettes, épingles,...)
- maquillage et nécessaire de manucure

### Produits à renouveler :

- crème hydratante (selon les habitudes)
- dentifrice
- brosse à dents
- crème fixative pour prothèses dentaires
- comprimés effervescents nettoyants pour prothèses dentaires
- solution nettoyante auriculaire
- boîtier pour prothèse dentaire ou auditive
- eau de toilette
- savon liquide ou gel douche
- shampoing
- déodorant
- mousse à raser
- rasoirs jetables
- mouchoirs jetables