Joséphine Normand
RESIDENCE
EHPAD - FAH - FAM

RESIDENCE JOSEPHINE NORMAND

Deux sites :

4 Rue Marie Noël 89210 Brienon-sur-Armançon 03 86 56 11 91

16 Rue de Chemilly 89250 Seignelay 03 86 98 22 11

Mail : contact@residencejn.com - Site internet : http://residencejn.com

LE MOT DU DIRECTEUR

Vous êtes résident, futur résident, proche ou représentant légal.

Je m'associe à l'ensemble du personnel pour vous souhaiter la bienvenue au sein de la Résidence Joséphine Normand.

Nous mettons tout en œuvre pour que le séjour de nos résidents se déroule dans les meilleures conditions.

La compétence et les qualités humaines de chacun, la volonté d'améliorer chaque jour la qualité garantissent une prise en charge adaptée.

Les équipes restent à votre disposition pour tout renseignement ou précision que vous pourriez souhaiter.

Le Directeur

1. L'ETABLISSEMENT

La **Résidence Joséphine Normand** regroupe :

Sur le site de Brienon sur Armançon :

- l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dénommé Résidence des Isles
- l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dénommé Résidence Marie Noël
- un Foyer Adultes Handicapés (FAH)
- un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

Sur le site de Seignelay :

- l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dénommé Résidence Colbert

2. LE FONCTIONNEMENT

- Le Conseil d'Administration comprend 13 membres, dont le Maire de Brienon qui le préside. Ce Conseil définit la politique générale de l'Etablissement.

- Le Directeur dirige l'Etablissement. Il prépare et met en œuvre les délibérations du Conseil d'Administration. Il est responsable de la bonne marche de l'Etablissement.

- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est un organe consultatif qui donne un avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement. Il vous représente et veille à ce que les résidents soient informés de la vie de l'Etablissement. Il se compose de membres élus représentants des résidents, de représentants des familles et de représentants de l'établissement.

Pour le site de Brienon sur Armançon il existe un CVS gérontologie et un CVS handicap et pour le site de Seignelay un CVS gérontologie.

3. LA PROCEDURE D'ADMISSION

L'EHPAD Résidence Joséphine Normand accueille des personnes âgées d'au moins 60 ans ou ayant obtenu une dérogation par les autorités concernées.

La catégorie d'appartenance du résident est déterminée par la grille AGGIR, grille applicable dans tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées, conformément aux textes en vigueur.

L'admission à l'EHPAD est prononcée par le Directeur après avis favorable du Médecin Coordonnateur qui veille notamment, au vu du dossier médical, à la compatibilité de l'état de santé du résident avec les capacités de prise en charge de l'établissement.

4. LES SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Vous avez la liberté de choisir votre médecin traitant parmi la liste proposée à l'entrée. Celui-ci vous prend en charge médicalement.

Cette liste est disponible à l'accueil de chaque site.

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur. Il est chargé de la coordination des soins médicaux.

5. LE PERSONNEL

Sous la responsabilité du directeur de la Résidence Joséphine Normand, l'ensemble du personnel veille à la qualité de prise en charge du résident et au bon fonctionnement de la structure.

- Personnel médical : Médecin coordonnateur, Médecin psychiatre, Médecin salarié
- Personnel soignant: Cadre supérieur de santé, Cadres de santé Infirmiers, Infirmiers, Aides-Soignants, Accompagnements Educatifs et sociaux
- Personnel service animation
- Personnel paramédical : Psychologue, Ergothérapeute, Diététicien
- Personnel logistique: Agents services techniques, Agents de service hospitalier, Agents de service textile, Agents de service restauration
- Personnel administratif : Ressources humaines, Secrétariat de direction, Finances, Economat, Admission, Mandataire judiciaire, Service qualité

SITE DE BRIENON SUR ARMANCON

HEBERGEMENT

A l'arrivée, le résident intègre une chambre individuelle ou double. Chaque chambre dispose d'un lit, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise, d'un fauteuil, d'une armoire avec un côté penderie, et d'un cabinet de toilette.

Le résident a la possibilité d'apporter des effets personnels dans la limite de la taille de la chambre mise à disposition et des contraintes de sécurité de l'établissement.

TELEPHONE

Pour l'installation d'une ligne téléphonique dans la chambre, la demande est à faire auprès du bureau des admissions. Le résident pourra choisir entre une ligne avec les appels entrants et/ou sortants, les tarifs sont affichés à l'entrée du site. L'appareil téléphonique est à fournir.

REPAS

Les repas seront servis dans la salle à manger. Sur avis médical, les repas peuvent être servis en chambre.

- le petit-déjeuner est servi entre 8h00 et 9h00
- le déjeuner est servi entre 12h00 et 13h00
- le goûter est proposé à 16h00
- le dîner est entre 18h30 et 19h30

Les menus, préparés par un chef cuisinier et son équipe, sont soumis à l'avis de la diététicienne. Ils sont affichés chaque semaine en salle à manger. Tout régime alimentaire prescrit médicalement sera respecté.

Les familles ont la possibilité de venir prendre un repas avec leur proche, elles doivent se rapprocher de l'équipe 72h à l'avance. Les tarifs sont affichés à l'entrée du site.

ANIMATION

Différentes animations sont proposées : gym douce, lecture du journal, chorale, repas thérapeutique, jeux de société, activités manuelles ….

VISITES ET SORTIES

Les visites peuvent avoir lieu entre 11h30 et 19h30, les animaux sont autorisés tenus en laisse.

Les sorties sont libres, mais soumises à restriction si l'état de santé ne les permet pas. Le résident doit signaler son absence à l'équipe.

COURRIER

Le courrier du résident est distribué tous les jours.

PERMANENCE ADMINISTRATIVE

Du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

TARIF

Le règlement du séjour s'effectue mensuellement selon le terme à échoir, il se fera à réception de la facture.

Une caution équivalente à 30 jours est demandée lors de l'entrée dans l'établissement.

Les prix ont été fixés par arrêté du Conseil Départemental pour l'année 2023 à compter du 1er Avril

Le tarif d'hébergement

En EHPAD	
Chambre à 2 lits.....	**59.53 € TTC**
Chambre à 1 lit.....	**61.53 € TTC**
Pour les personnes de moins de 60 ans	**76.98 € TTC**

Le tarif dépendance

Les tarifs de dépendance sont calculés en fonction du niveau d'autonomie de chaque résident. Pour apprécier ce niveau de dépendance, nous utilisons la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui classe les résidents dans 3 groupes :

- GIR 1 et 2
- GIR 3 et 4
- GIR 5 et 6

Le ticket modérateur, soit l'équivalent du GIR 5/6, reste, quel que soit le degré d'autonomie, à la charge du résident, soit **5,65 € TTC**

CONTACT

Standard : Tél : 03 86 56 11 91 - Fax : 03 86 56 12 10 - Email : contact@residencejn.com
Résidence des Isles 1er étage : Tél 03 86 56 47 02 – Fax : 03 86 43 47 98
Résidence des Isles 2ème étage : Tél 03 86 56 46 98 – Fax : 03 86 43 47 98
Résidence Marie Noël : Tél 03 86 56 46 99 – Fax : 03 86 43 47 98

SITE DE SEIGNELAY

HEBERGEMENT

A l'arrivée, le résident intègre une chambre individuelle ou double. Chaque chambre dispose d'un lit, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise, d'un fauteuil, d'une grande armoire avec un côté penderie, une salle de bain et une terrasse.

Le résident a la possibilité d'apporter des effets personnels dans la limite de la taille de la chambre mise à disposition et des contraintes de sécurité de l'établissement.

TELEPHONE

Pour l'installation d'une ligne téléphonique dans la chambre, le résident devra souscrire un contrat auprès d'un opérateur téléphonique.

REPAS

Les repas seront servis dans la salle à manger. Sur avis médical, les repas peuvent être servis en chambre.

- le petit-déjeuner est servi entre 8h00 et 9h00
- le déjeuner est servi entre 12h00 et 13h00
- le goûter est proposé à 16h00
- le dîner est entre 18h30 et 19h30

Les menus, préparés par un chef cuisinier et son équipe, sont soumis à l'avis de la diététicienne. Ils sont affichés chaque semaine en salle à manger. Tout régime alimentaire prescrit médicalement sera respecté.

Les familles ont la possibilité de venir prendre un repas avec leur proche, elles doivent se rapprocher de l'équipe 72h à l'avance. Les tarifs sont affichés à l'entrée du site.

ANIMATION

Différentes animations sont proposées : gym douce, lecture du journal, jeux de société, tricot….

VISITES ET SORTIES

Les visites peuvent avoir lieu entre 11h00 et 19h00, les animaux sont autorisés tenus en laisse.

Les sorties sont libres, mais soumises à restriction si l'état de santé ne les permet pas. Le résident doit signaler son absence à l'équipe.

COURRIER

Le courrier du résident est distribué tous les jours.

TARIF

Le règlement du séjour s'effectue mensuellement selon le terme à échoir, il se fera à réception de la facture.

Une caution équivalente à 30 jours est demandée lors de l'entrée dans l'établissement.

Les prix ont été fixés par arrêté du Conseil Départemental pour l'année 2023 à compter du 1er Avril.

Le tarif d'hébergement

En EHPAD	
Chambre à 2 lits	**55,41 € TTC**
Chambre à 1 lit	**57,41 € TTC**
Pour les personnes de moins de 60 ans	**75,58 € TTC**

Le tarif dépendance

Les tarifs de dépendance sont calculés en fonction du niveau d'autonomie de chaque résident. Pour apprécier ce niveau de dépendance, nous utilisons la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui classe les résidents dans 3 groupes :

- GIR 1 et 2
- GIR 3 et 4
- GIR 5 et 6

Le ticket modérateur, soit l'équivalent du GIR 5/6, reste, quel que soit le degré d'autonomie, à la charge du résident, soit **5,42 € TTC.**

CONTACT DU SERVICE

Tél : 03 86 98 22 11
Fax : 03 86 98 22 14
Email : residencecolbert@free.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

cerfa

N° CERFA 14732*03

DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :
Prénom :
Date de dépôt : ___ /___ / ____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	**Hébergement temporaire**
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Accueil de jour	**Accueil de nuit**
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : http://www.service-public.fr./.
Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes[1] :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.
Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

[1] Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Nationalité _____

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° CAF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale (cocher la mention utile)
Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (vé) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant[1] : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance[2] : OUI ☐ NON ☐

Existence d'un animal de compagnie : OUI ☐ NON ☐

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Résidence autonomie ☐ Résidence service séniors ☐ Long séjour ☐
EHPAD ☐ Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email_____@_____

---

[1] « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

[2] La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD[1] ☐ SSIAD[2] ☐ SPASAD[3] ☐ Accueil de jour ☐ HAD ☐ Autre (précisez) : _____
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)[4] ? OUI ☐ NON ☐

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- **La personne concernée elle-même : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter)**
- **Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)**

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email_____@_____
Proche aidant : OUI ☐ NON ☐
Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email_____@_____
Proche aidant : OUI ☐ NON ☐
Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

---

[1] SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.
[2] SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.
[3] SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.
[4] Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes…

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ EN COURS[1] ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale[2] ☐

Mandat de protection future[3] actif[4] ☐ non actif ☐

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné	
Nom de naissance	
Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,	
Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email_____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom	
Prénom	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email_____@_____

[1] Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

[2] L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

[3] Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

[4] Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule ☐
- Obligés alimentaires ou autres tiers ☐
- Caisse de retraite : ☐ Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐
- Prestation pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ____ / _____ **Signature de la personne concernée ou de son représentant légal**	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance | | | | | | | | |

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile[1] ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées[2] ? OUI ☐ NON ☐

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom	
Adresse - N° Voie, rue, boulevard	
Code postal	Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email_____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin spécialiste :

---

[1] Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

[2] Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé[1]
	ALD : OUI ☐ NON ☐

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

Taille		Poids		Amaigrissement récent[2]	Oui	Non

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles[3]	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute	Oui	Non	Risque de fausse route	Oui	Non	Soins palliatifs	Oui	Non

[1] Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.
[2] Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).
[3] Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
Portage de bactérie multi résistante	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		**A**[1]	**B**[2]	**C**[3]
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	**À l'intérieur**			
	À l'extérieur			
Toilette	**Haut**			
	Bas			
Elimination	**Urinaire**			
	Fécale			
Habillage	**Haut**			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	**Se servir**			
	Manger			
Alerter				
Orientation	**Temps**			
	Espace			
Cohérence	**Communication**			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques[4]	**Oui**	**Non**
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	**Oui**	**Non**
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres *(précisez) :*		

Soins techniques	**Oui**	**Non**
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	**Oui**	**Non**
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

[1] A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
[2] B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
[3] C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.
[4] Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe *(morphine, insuline, ...)*		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement *(préciser)* **:**

Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)
Signature, date et cachet du médecin

DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ Attestation des droits de Sécurité Sociale et Carte Vitale
- ☐ Carte de Mutuelle et échéancier
- ☐ Livret(s) de Famille (complet(s))
- ☐ Carte Nationale d'identité
- ☐ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ☐ Dernier avis de taxes foncières
- ☐ Dernier avis de taxe d'habitation
- ☐ Justificatifs annuels des Caisses de Retraite
- ☐ Composition de la Famille (enfants et petits-enfants) avec adresses et numéros de téléphone (pièce jointe).
- ☐ S'il y a une protection juridique – Jugement/ordonnance
- ☐ Attestation assurance en responsabilité civile
- ☐ Contrat obsèques le cas échéant
- ☐ Situation des comptes bancaires (relevés des 3 derniers mois du compte courant + compte d'épargne)
- ☐ Relevé d'identité bancaire

TROUSSEAU PERSONNEL DU RESIDENT

L'entretien des vêtements peut être assuré par la famille ou par le service textile de l'établissement. Choix à déterminer lors de l'admission. Si le linge est lavé par la famille, fournir un sac pour le recueil du linge sale.

Un trousseau personnel suffisant doit être constitué pour permettre d'assurer un temps de roulement nécessaire au nettoyage du linge. Il sera nécessaire de le renouveler pendant toute la durée du séjour.

L'établissement ne prend pas la responsabilité de laver les textiles délicats. (Damart, vêtements en laine).

Tout le linge doit être identifié au nom et prénom de la personne avec des étiquettes en lettres tissées cousues sur chaque pièce.

TROUSSEAU TYPE

FEMME	HOMME
1 valise ou sac de voyage, identifié au nom du résident, en cas d'hospitalisation 7 culottes (coton) 7 chemises de corps (coton) 7 paires de chaussettes ou bas 6 robes chaudes ou 6 pantalons 6 robes légères (été) ou 6 pantalons 5 pulls 3 gilets Mouchoirs 1 robe de chambre ou peignoir 2 paires de pantoufles (été-hiver) 1 paire de chaussures pour sorties achats 1 veste ou manteau pour sorties, consultations,… 3 chemises de nuit ou pyjamas	1 valise ou sac de voyage, identifié au nom du résident, en cas d'hospitalisation 7 slips (coton) 7 maillots de corps (coton) 7 paires de chaussettes 5 polos ou chemisettes (été) 5 pulls 6 pantalons ou joggings 2 gilets, mouchoirs 1 robe de chambre ou peignoir 2 paires de pantoufles (hiver-été) 1 paire de chaussures pour sorties achats 1 veste ou manteau pour sorties, consultations,… 3 pyjamas Ceinture ou bretelles
NECESSAIRE DE TOILETTE	
Trousse de toilette Produit douche, shampoing, savon Eau de toilette, après rasage, Déodorant, coton-tige Rasoir électrique ou rasoir mécanique avec mousse à raser 1 peigne ou 1 brosse Dentifrice, brosse à dents Produit (type stéradent) pour appareil dentaire Boîte à dents (pour les dentiers)	

Joséphine Normand
RESIDENCE
EHPAD - FAH - FAM

CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er
Principe de non-discrimination

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

Article 2
Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

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

Article 3
Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.
La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4
Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :
1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.
Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.
La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5
Droit à la renonciation

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

Article 6
Droit au respect des liens familiaux

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

Article 7
Droit à la protection

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

Article 8
Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.
Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9
Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.
Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.
Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

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

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

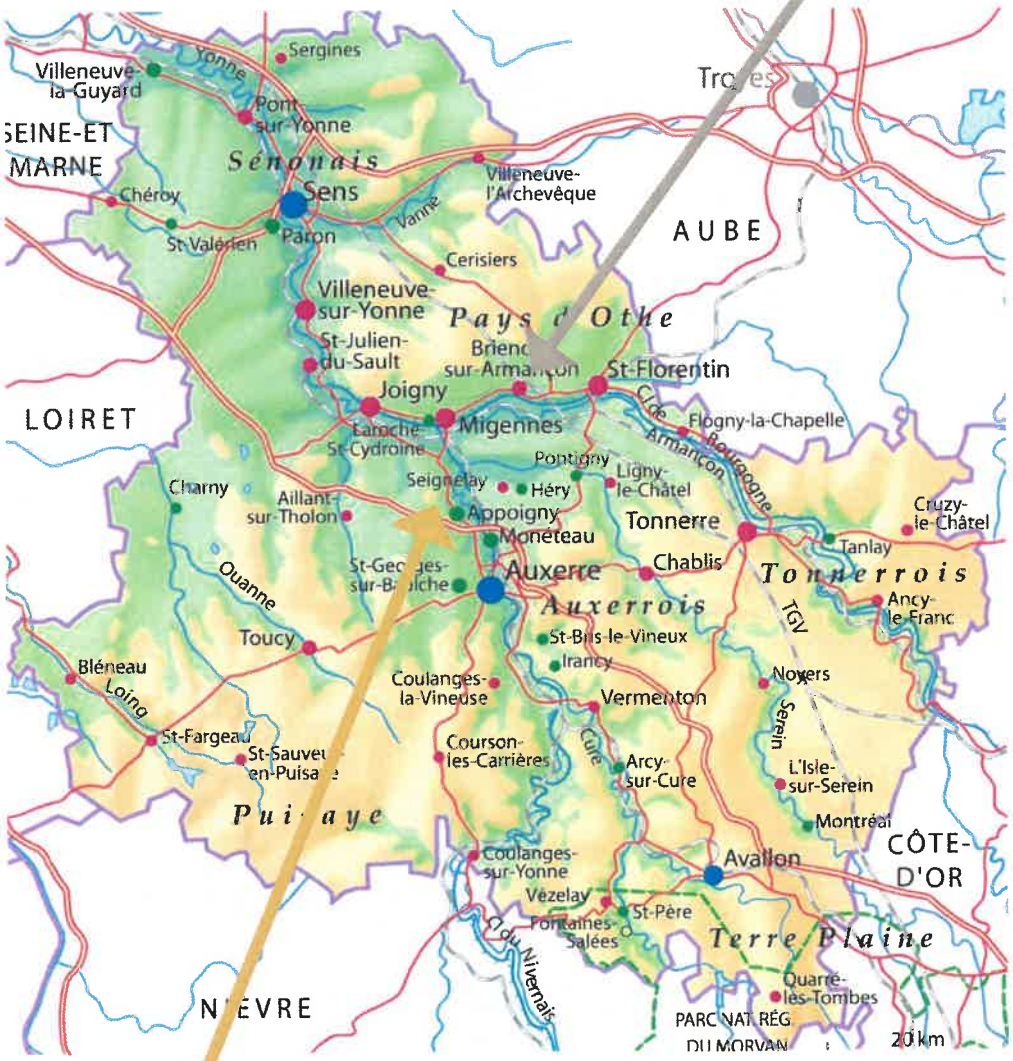
Article 11
Droit à la pratique religieuse

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

Article 12
Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Site de Brienon sur Armançon



Site de Seignelay