



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire
Accueil couple souhaité OUI NON
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD¹ Accueil de jour
Autre (précisez)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter²

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : / /

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.

*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON ALLERGIES OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| NE SAIT PAS | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|

| | |
|---|--|
| Si oui, préciser (localisation, etc.) | |
| Préciser la date du dernier prélèvement | |

| | | |
|---------|--|--|
| Alcool | | |
| Tabac | | |
| Sevrage | | |

Taille cm

Poids Kg

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON
Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie
Orthophonie
Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

| DONNEES SUR L'AUTONOMIE | | A | B | C |
|----------------------------|---------------|---|---|---|
| Transfert | | | | |
| Déplacements | A l'intérieur | | | |
| | A l'extérieur | | | |
| Toilette | Haut | | | |
| | Bas | | | |
| Elimination | Urinaire | | | |
| | Fécale | | | |
| Habillage | Haut | | | |
| | Moyen | | | |
| | Bas | | | |
| Alimentation | Se servir | | | |
| | Manger | | | |
| Orientation | Temps | | | |
| | Espace | | | |
| Communication pour alerter | | | | |
| Cohérence | | | | |

| SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Idées délirantes | | |
| Hallucinations | | |
| Agitation, agressivité (cris...) | | |
| Dépression | | |
| Anxiété | | |
| Apathie | | |
| Désinhibition | | |
| Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>) | | |
| Troubles du sommeil | | |

| PANSEMENTS OU SOINS CUTANES | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère | | |
| Soins d'escarres | | |
| Localisation | | |
| Stade | | |
| Durée du soin | | |
| Type de pansement | | |

| SOINS TECHNIQUES | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Oxygénothérapie | | |
| Sondes d'alimentation | | |
| Sondes trachéotomie | | |
| Sonde urinaire | | |
| Gastrotomie | | |
| Colostomie | | |
| Urétérostomie | | |
| Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI...) | | |
| Chambre implantable | | |
| Dialyse péritonéale | | |

| APPAREILLAGES | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant | | |
| Lit médicalisé | | |
| Matelas anti-escarres | | |
| Déambulateur | | |
| Orthèse | | |
| Prothèse | | |
| Pace-maker | | |
| Autres (préciser) | | |

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du Médecin

| |
|--|
| |
|--|

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Liste des pièces à fournir impérativement

- 2 photographies sur fond blanc et sans expressions (comme l'exige la réglementation de la CPAM)
- Copie du livret de famille complet
- Copie de la carte d'identité
- Jugement de mise sous tutelle ou sous curatelle
- Attestation d'affiliation à la sécurité sociale (carte VITALE)
- Carte mutuelle
- Justificatif des ressources
- Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
- Avis d'imposition taxe foncière pour les propriétaires
- Engagement de payer
- Acte de cautionnement solidaire : pour la personne qui sera le référent
- Questionnaire « Histoire de vie »

Résidence BOUIC-MANOURY
373, Rue Charles de Gaulle
76640 FAUVILLE-EN-CAUX
Tél. 02.35.96.77.11
Fax. 02.35.56.80.94

ENGAGEMENT DE PAYER

Concerne les frais d'hébergement de.....
à la Résidence BOUIC-MANOURY de FAUVILLE-EN-CAUX depuis le
Prix de journée hébergement à la date d'entrée.....

Les ressources personnelles mensuelles de mon/ma (lien de parenté) :.....
.....
qui s'élèvent, à ce jour, à euros, ne lui permettent pas de faire face à ses frais d'hébergement, je
soussigné(e) :

Nom :..... Prénom :.....

Adresse :.....

.....
m'engage, en ma qualité de débiteur d'aliment et conformément aux articles 205 et suivants du code civil, à participer
mensuellement pour un montant de euros, afin de régler la part non couverte par ses ressources
disponibles.

Fait à

Le.....

Signature :
(faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE
(articles 2288, 2298 du Code Civil)
(à établir en deux originaux)

Etablissement

Résidence BOUIC-MANOURY 373, rue Charles de Gaulle 76640 FAUVILLE EN CAUX.....

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

Somme en toutes lettres :

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations de l'usager/résident qui résultent du Contrat de séjour et des Conditions de séjour-règlement intérieur pour le paiement :
- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de séjour et résultant de ce Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,
- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA ou de la PSD,
- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

Mention manuscrite de la caution :

Fait àle,

LA CAUTION

Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

Le Représentant de l'établissement
Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé, bon pour acceptation »

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE
(articles 2288, 2298 du Code Civil)
(à établir en deux originaux)

Etablissement

Résidence BOUIC-MANOURY 373, rue Charles de Gaulle 76640 FAUVILLE EN CAUX.....

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

Somme en toutes lettres :

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations de l'usager/résident qui résultent du Contrat de séjour et des Conditions de séjour-règlement intérieur pour le paiement :
- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de séjour et résultant de ce Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,
- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA ou de la PSD,
- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

Mention manuscrite de la caution :

Fait àle,

LA CAUTION

Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

Le Représentant de l'établissement
Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé, bon pour acceptation »

Questionnaire Histoire de Vie

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de vous accompagner au mieux dans votre démarche. Il est à remplir, dans la mesure du possible, par et/ou avec le futur résident.

Nom :Prénom et surnom :

Nom de jeune fille :

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Date de naissance :A

Lieu(x) de résidence actuelle et antérieure :

Type d'habitation (appartement, maison, ferme...) :

Mon cursus scolaire ?

Les emplois que j'ai occupés au cours des années ?

Noms de mes frères/sœurs (précisez si décédé) :

Rang dans ma famille :

Quelle est votre situation matrimoniale actuelle (entourez la bonne mention) : célibataire, marié(e), concubinage, divorcé(e), séparé(e), veuf (ve)

Premier mariage avec le à

Autre mariage avec le à

Est-ce que je suis croyant et si oui, en quelle religion ?

Mes enfants :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lieu de résidence |
|-----|--------|-------------------|-------------------|
|-----|--------|-------------------|-------------------|

Quelles sont les membres de ma famille que je vois le plus régulièrement ?

Nom et prénom de mes amis (même si décédés)

Avez-vous des animaux de compagnie, si oui comment s'appellent-ils ?

Ce que j'aime particulièrement (activités, passe-temps, inscription dans un club...) :

Ce qui m'irrite et me fais réagir ?

Comment je décrirais mon tempérament (timide, réservé, impulsif, solitaire, aimant la compagnie...) ?

Quelles sont les valeurs chères à mes yeux (travail, famille, courage...) ?

Quels sont les événements positifs et négatifs qui me sont arrivés dans ma vie et à quel âge ?
.....Positifs : âge :

Négatifs : âge :

Comment ai-je réagi à l'idée d'une éventuelle entrée en résidence ?

Quelles sont mes attentes ?

Quelles sont mes peurs, mes craintes ?

Ce document a été complété par

Date :

Document à ramener lors du rendez-vous de pré-admission avec le médecin coordonnateur.

ENTRETIEN DU LINGE

NOTE TECHNIQUE A L'INTENTION DES RESIDENTS ET DE LEUR FAMILLE POUR PERMETTRE LA BONNE GESTION DU LINGE PERSONNEL

- 1) Acheter des marques tissées de préférence en rouge, les coudre entièrement au milieu du col pour qu'elles soient bien visibles le vêtement plié ; surtout ne pas les coudre sur les étiquettes (qui se détachent parfois lors de lavages fréquents).
- 2) Nous conseillons pour les personnes incontinentes les sous-vêtements coton. Nous déconseillons le « thermolactyl » qui reste taché et ne résistent pas aux lavages fréquents.
- 3) Nous conseillons les joggings en 100 % polyester imitation velours pour le confort et un entretien facile.
- 4) Nous déconseillons les pulls, gilets, robes de chambre en pure laine, la Résidence BOUIC-MANOURY ne possédant pas de matériel de nettoyage à sec.

La Résidence BOUIC-MANOURY décline toute responsabilité en cas de détérioration accidentelle du linge personnel.

- 5) N'oubliez pas d'identifier bas, chaussettes et chaussons.
- 6) En cas de vêtement manquant, il faut le signaler aussitôt à la Surveillante.
- 7) Consultez la liste du trousseau type ci-jointe.

TROUSSEAU POUR FEMME

(Linge marqué au nom et prénom – Marques tissées IMPERATIVEMENT)

- 12 chemises de nuit
- 2 robes de chambre
- 10 chemises américaines (coton)
- 6 combinaisons
- 24 culottes
- 15 slips de maintien pour produit d'incontinence (à voir lors de l'admission si besoin)
- 18 mouchoirs
- 24 gants de toilette
- 24 serviettes de toilette
- 3 draps de bain
- 7 paires de chaussettes mousses de Nylon ou laine et polyester
- 7 robes avec boutonnage tout au long en polyester ou robe chasuble
- 7 pulls en laine et acrylique*
- 5 gilets en laine et acrylique*
- 5 cintres
- 1 sac de voyage
- Nécessaire de toilette : (à renouveler régulièrement pour approvisionnement régulier)
 - Savon à l'huile d'amande douce
 - Peigne
 - Brosse
 - Ciseaux à ongles
 - Eau de Cologne
 - Shampoing
 - 1 gobelet
 - Brosse à dent avec boîtier + dentifrice ou solution pour bain de bouche (pour les personnes sans dents).
 - Boîte avec couvercle si prothèse dentaire.

Il est demandé de ne fournir que du linge lavable et séchable en machine.

* Le linge non marqué et les vêtements en pure laine ne pourront être pris en charge par l'établissement.

TROUSSEAU POUR HOMME

(Linge marqué au nom et prénom – Marques tissées IMPERATIVEMENT)

- 5 Pyjamas
- 2 robes de chambre
- 12 maillots de corps
- 24 slips ou caleçons
- 15 slips de maintien pour produit d'incontinence (à voir lors de l'admission si besoin)
- 7 paires de chaussettes
- 5 chemises de couleur
- 2 chemises habillées
- 7 pantalons (bleu de travail, jogging ou autre)
- 3 vestes
- 4 pantalons habillés (Tergal)
- 4 veste habillée (Tergal) ou costume
- 7 pulls ou gilets (laine et acrylique)*
- 24 serviettes de toilette
- 3 draps de bain
- 24 gants de toilette
- 18 mouchoirs
- 5 cintres
- 1 sac de voyage
- Nécessaire de toilette : (à renouveler régulièrement pour approvisionnement régulier)
 - Savon à l'huile d'amande douce
 - Peigne
 - Ciseaux à ongles
 - Eau de Cologne
 - Shampoing
 - 1 rasoir électrique
 - 1 gobelet
 - Brosse à dent avec boîtier + dentifrice ou solution pour bain de bouche (pour les personnes sans dents).
 - Boîte avec couvercle si prothèse dentaire.

Il est demandé de ne fournir que du linge lavable et séchable en machine.

* Le linge non marqué et les vêtements en pure laine ne pourront être pris en charge par l'établissement.



AUTORISATION DE SORTIES EXTERIEURES DIVERSES

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle.....

Représentant du résident Mr, Mme, Melle.....

donne mon autorisation pour participer aux diverses sorties extérieures.

Fait à
le

Signature,



Formulaire de désignation de la personne de confiance

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant... »

Extrait de l'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique
Modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 – art. 10 JORF23 avril 2005

La personne de confiance est à distinguer de la personne à prévenir dans la mesure où elle est choisie par le patient selon des critères spécifiques. De même, elle remplit des missions définies précisément par la loi.

La personne de confiance est l'interlocuteur légitime du personnel médical. La loi confie deux missions spécifiques qui évoluent en fonction de l'état du résident :

- Elle peut accompagner le résident et l'aider à prendre une décision, quand ce dernier est lucide et le souhaite. Le secret médical est dans ce cas partagé car la personne peut être amenée à assister aux entretiens médicaux. Cependant, le secret médical demeure si le résident souhaite que certaines informations demeurent secrètes.
- Elle doit être consultée lorsque le résident est en incapacité d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information.

La personne de confiance ne dispose cependant pas d'un droit d'accès direct au dossier médical du résident.

Toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle peut désigner une personne de confiance. Les majeurs placés sous un régime de sauvegarde de justice ou sous curatelle peuvent désigner librement une personne de confiance. Ce formulaire sera conservé dans le dossier médical du résident.

La désignation de la personne de confiance est une possibilité qui vous est offerte. En aucun cas elle n'est obligatoire.

Je soussigné(e) Mme, Melle, M. déclare :

avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner comme personne de confiance :

Mme, Melle, M. Nom : Prénom :

Né(e) le : A :

Adresse :

Tel. Fixe :/...../...../..... et tel. Mobile :/...../...../.....

courriel :

Fait à :

Le :

Signature du résident :

Signature de la personne de confiance :



Directives Anticipées

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour en incapacité d'exprimer sa volonté »
Extrait de l'article L 1111-11 du Code de la Santé Publique

Lorsqu'une personne en fin de vie n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, les directives anticipées permettent au médecin de connaître ses souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. Leur contenu est donc prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance. Cependant, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Il reste en effet libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées compte tenu de la situation secrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

Toute personne majeure exception faite des personnes sous tutelle, capable d'exprimer sa volonté libre et éclairée, peut rédiger des directives anticipées. Pour les personnes dans l'incapacité d'écrire et de signer ce document, il est possible de demander à deux témoins, dont la personne de confiance si vous l'avez désignée, d'attester que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité (famille, médecin traitant, proches...) et les attestations seront jointes aux directives. Pour être valables, les directives anticipées doivent avoir été rédigées **moins de trois ans** avant la date à partir de laquelle la personne n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elles sont renouvelables par simple actualisation du document initial, daté et signé à nouveau. Elles sont modifiables et révocables à tout moment. Elles doivent être conservées dans un endroit facilement accessible : soit sur vous, confiées à une personne de confiance si vous l'avez désignée, à un membre de votre famille ou à un proche, soit dans votre dossier médical. La rédaction des Directives Anticipées est une possibilité qui vous est offerte. En aucun cas elle n'est obligatoire.

Mme, Melle, M. Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le : A :
Adresse :

Tel. Fixe : .../.../.../.../... et tel. Mobile : .../.../.../.../... courriel :

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés. Si je me trouve dans l'incapacité d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés ; je demande :

1. Qu'on n'entreprenne ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L. 1110-5) ;
2. Que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie (art. L. 1110-5 du Code de Santé Publique) ;
3. Que si je suis dans un état pathologique incurable et que je suis dans des souffrances intolérables, je puisse bénéficier d'une sédation adaptée (art. L. 1110-5 du Code de Santé Publique) ;
4. Que s'il n'existe aucun espoir de retour à une vie consciente et autonome, que l'on mette en place un accompagnement approprié sans acharnement thérapeutique.
5. Autres précisions personnelles (religion, incinération/inhumation) :

Noms, prénoms, qualité ou lien de parenté des témoins :

Fait à :

Le :

Signature du résident :



Frédéric Bruy

Psychologue

Tel. : 02 35 96 77 11

Madame, Monsieur,

Votre parent ou ami(e) vient d'entrer à la « Résidence Bouic-Manoury ».

Je la/le rencontrerai quelques jours après son arrivée.

Je suis à la disposition des résidents, des familles, des amis et aidants des résidents pour accompagner, écouter et soutenir.

J'anime un groupe d'information et de soutien les derniers vendredis de chaque mois.

Je suis présent tous les jours de la semaine de 10h à 17h30.

Vous pouvez me demander lors de votre passage à la résidence ou laisser un message au secrétariat.

Bien à vous

Frédéric



DROIT A L'IMAGE

Cette image, protégée et seulement accessible par le personnel de l'établissement, sera conservée pendant toute la durée du séjour dans notre établissement. La photographie ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni utilisée à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concerne le résident est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à faire le portrait et à le mettre à disposition pour la constitution de documents numériques ou imprimés.

Résidence BOUIC-MANOURY

FAUVILLE EN CAUX

AUTORISATION

Je soussigné(e), M....., représentant les intérêts de M résidant actuellement à la Résidence BOUIC-MANOURY, autorise le dit établissement à utiliser le droit à l'image (sous forme numérique) ;

- stocker cette image durant tout le temps du séjour dans l'établissement ;
- diffuser cette image dans le cadre d'un trombinoscope, calendrier ou autres types d'affichage numérique ou imprimé.

De M.....

Fait à Fauville-en-caux,

Le

Signature du représentant,