

Etablissement Pour Personnes Âgées « Le Malmont »

DOSSIER D'INSCRIPTION



Boulevard Joseph Collomp
83300 Draguignan

04 94 60 51 40
www.ch-dracenie.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Imprimé unique

IMPORTANT

Ce dossier a été élaboré conjointement avec l'ensemble des Etablissements pour Personnes Agées du Bassin Dracénois (liste en dernière page).

Il rassemble les demandes essentielles, incontournables et communes pour l'inscription au sein de ces établissements.

Toutefois, en cas d'admission, chaque établissement sollicitera les précisions complémentaires qui lui sont nécessaires dans le cadre de la procédure d'accueil qui lui est propre.

- ✓ Une pièce d'identité ou carte de séjour en cours de validité
- ✓ Photocopie du livret de famille (y compris la page suivant le dernier enfant) ou un acte d'état civil
- ✓ L'attestation de droits ouverts à la Sécurité Sociale / carte mutuelle (s'il y a lieu)
- ✓ Dernier avis d'imposition (ou non-imposition)
- ✓ Attestations annuelles de pensions (montants perçus)
- ✓ Les 3 derniers relevés bancaires
- ✓ Récapitulatif du patrimoine (taxe foncière, livrets d'épargne, SICAV, assurance vie...)
- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile, des biens et objets personnels
- ✓ Copie de l'ordonnance de protection juridique (s'il y a lieu)
- ✓ Choix de la Société de Pompes Funèbres (obligatoire) et dans l'éventualité d'un Contrat Obsèques (photocopie à produire)

AIDES PUBLIQUES :

- ✓ Allocation Personnalisée d'Autonomie **(APA)** : notification d'attribution d'APA
- ✓ ou attestation de dépôt
- ✓ Aide Sociale d'Hébergement **(ASH)** : notification d'accord de prise en charge par l'ASH ou attestation de dépôt
- ✓ Aide Personnalisée au Logement **(APL)** : notification d'attribution de l'APL

(Les dossiers de renouvellement de l'APA et l'ASH doivent être effectués tous les 2 ans)

MODALITES DE PAIEMENT :

- ✓ Engagement de payer
- ou
- ✓ Engagement de reversement (si ASH)

Documents propres à l'Etablissement pour Personnes Agées
«Le Malmont»

Imprimés joints

- ☐ Recueil de données administratives
- ☐ Dossier médical (à remettre sous pli confidentiel)
- ☐ Liste des coordonnées du représentant légal et des enfants (page suivante)
- ☐ Engagement de payer
- ☐ Attestation de dépôt de demande d'APA
- ☐ Attestation de dépôt de demande d'Aide Sociale
- ☐ Attestation d'engagement de reversement (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)
- ☐ Nom de la société de pompes funèbres
- ☐ Le coût du séjour
- ☐ Information concernant le trousseau de linge et le nécessaire de toilette
- ☐ Fiche de présentation de l'EPA
- ☐ Extrait de la Charte de Bientraitance
- ☐ Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante

ATTESTATION DE DEPÔT
D'UN DOSSIER D'ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE
(APA)

Je soussigné (e).....

Mairie de

Certifie avoir constitué un dossier d'Allocation Personnalisée Autonomie pour Personnes
Agées, en faveur de

M
.....

Fait à le

Signature et cachet de la Mairie

- ENGAGEMENT DE PAIEMENT -

Je soussigné(e)

Demeurant à :

M'engage à régler la totalité des frais d'hébergement et de dépendance de

M

Lien de parenté à préciser :

Fait à Draguignan, le

Signature

ATTESTATION DE DEPÔT
D'UN DOSSIER D'AIDE SOCIALE POUR PERSONNES AGEES
(ASPA)

Je soussigné (e).....

Mairie de

Certifie avoir constitué un dossier d'Aide Sociale pour Personnes Agées, en faveur de

M
.....

En vue de son placement en Etablissement pour Personnes Agées à
.....
.....

Fait à le

Signature

Cachet

- ENGAGEMENT DE REVERSEMENT -

Je soussigné(e)

Demeurant à :

Atteste avoir pris connaissance des conséquences liées à l'admission à l'Aide Sociale et
m'engage à reverser l'ensemble des revenus de :

M

Auprès de Monsieur le Receveur de l'Etablissement, dans l'attente de la décision du Conseil
Départemental

Fait à Draguignan, le

Signature

**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

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ____ / ____ / ____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	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 : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	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) : ____ / ____	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'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- 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)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
- 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 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 le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (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 aidant¹ : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance² : 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 seniors ☐ 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 code de l'action sociale et des familles.

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 code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

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

SAAD¹ ☐ SSIAD² ☐ SPASAD³ ☐ 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...) ? 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)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

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 COURS¹ ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale² ☐

Mandat de protection future³ actif⁴ ☐ 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 une ou plusieurs cases)

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 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

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

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 difficile¹ ☐

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 anticipées² ? 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 santé¹**

	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
récent²

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 : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ 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		

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		
Gastrostomie		

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

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).

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

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

CHOIX DE LA SOCIETE DE POMPES FUNEBRES

Je soussigné (e)

(Lien de parenté à préciser)

De M

Vous adresse le contrat obsèques (s'il y a lieu) sinon je choisis la société des pompes
funèbres

.....

Fait à , le

Signature

Madame, Monsieur,

En vue de l'admission de votre parent(e) dans notre Etablissement, nous vous demandons de tenir à sa disposition le vestiaire suivant en respectant ses habitudes d'habillement :

Pour les Messieurs :

7 Pantalons
7 Sweats ou chemises ou pulls
7 Slips
7 Tricots de corps
7 Paires de chaussettes
7 Pyjamas
2 Paires de pantoufles lavables
1 Veste d'extérieur
2 Robes de chambre
4 Gilets
1 Chapeau ou 1 caquette

Pour les Dames :

7 Jupes ou robes
7 Tricots de corps ou combinaisons
5 Chemises ou pulls ou sweats
4 Soutien-gorge
5 Caleçons ou pantalons
7 Paires de bas ou chaussettes
2 Paires de pantoufles lavables
1 Veste d'extérieur
2 Robes de chambre
7 Chemises de nuit
7 Culottes
4 Gilets
1 Chapeau ou 1 caquette

Chaque résident devra être muni de :

- | | |
|-----------------------|---|
| - Savonnettes | - Boîte à savon |
| - Gel douche | - Shampoing |
| - Dentifrice | - Brosse à dents |
| - Mousse à raser | - Rasoirs |
| - Trousse de toilette | - Déodorant |
| - Eau de Cologne | - Pâte de maintien de prothèse dentaire |
| - Stéradent | - Un coupe ongles |

Il faudra prévoir par la famille et/ ou le tuteur ou la tutrice, le remplacement de ces fournitures dès nécessaire. Il convient également de prévoir 1 paire de chaussures adaptées à la marche (semelle plate, velcros ou lacets).

Au moment du changement de saison (été – hiver), il est rappelé que la garde robe doit être adaptée.

Les ourlets, les coutures et tous travaux de ravaudage demeurent à la charge de la famille. Il est enfin demandé de choisir des textiles en coton et d'éviter les textiles délicats (Thermolactyl, pure laine et soie).

Pour les familles qui entretiennent le linge de leur parent, merci de bien vouloir apporter une panier pour le linge sale.

Le marquage du linge se fera obligatoirement par la lingère de notre établissement lors de l'entrée. Un casier est situé au -1 près la lingerie afin de déposer le nouveau linge à marquer, avant de le mettre en chambre.

Il est rappelé que les produits de toilette ne sont pas fournis par l'établissement. Vous trouverez ci-jointe la liste des produits de toilette dont le résident doit être muni.

POLE DE GERIATRIE

Chef de pôle : Dr Laurence CHAIX



Présentation du service

L'Etablissement pour Personnes Agées, implanté à proximité du centre ville sur le site du Malmont, dispose d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 35 lits et d'un Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes (EHPAD) de 87 lits (dont 14 lits d'UHR). Il peut assurer l'accueil de personnes de plus de 60 ans, quel que soit leur degré de dépendance. L'Unité Hébergement Renforcée (UHR) est aménagée pour recevoir des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. L'évaluation des troubles du comportement se fait à partir de l'échelle NPI-ES.

La sortie de l'unité est envisagée lorsque les troubles du comportement sont stabilisés ou lorsque la personne est en perte d'autonomie.

L'admission en institution pour personnes Âgées est une étape importante qui nécessite d'être préparée.

Une visite des lieux préalable est souhaitée ainsi qu'un rendez-vous avec le médecin responsable.

Personnel

Chef de Pôle

Docteur Laurence CHAIX

Praticiens hospitaliers Gériatres :

Docteur Florence COCCOZ

Responsable EPA

Docteur Valentine BOUZEREAU

Cadre de Pôle

Danièle PAOLIN

Cadres de santé :

Julie FRAIN-BARBARROUX

Marie-Juddy GIORDANENGO

L'équipe soignante est composée d'infirmières, d'aide-soignantes, d'agents des services hospitaliers qui assurent les soins, la surveillance nécessaire à la prise en charge du résident ainsi que l'aide ou la suppléance dans tous les actes de la vie quotidienne.

L'équipe d'éducateurs en Activité Physique Adaptée compte une kinésithérapeute et un enseignant en activité physique adaptée. La prise en charge psychologique des résidents est assurée par une psychologue à temps plein.

○ Deux animatrices sont présentes du lundi au vendredi et ponctuellement le samedi.

○ Une assistante sociale reçoit les familles le vendredi après-midi sur rendez-vous.

Activités

L'établissement est à la fois un lieu de soins et un lieu de vie :

Lieu de soins : il assure les prestations médicales et paramédicales orientées vers la prise en charge des pathologies qui aggravent le vieillissement ainsi que la suppléance des actes de la vie quotidienne dans le cadre d'un projet de soins.

En USLD, la continuité des soins est assurée par une présence infirmière 24 heures sur 24.

En EHPAD, secteur médico-social, la présence infirmière est assurée en journée uniquement.

Lieu de vie : il propose des activités d'animation et de loisirs propices au maintien de relations sociales dans un cadre hôtelier adapté, en cohérence avec le projet de vie collectif et le projet de vie individualisé du résident.

FONCTIONNEMENT

L'Admission

Le médecin responsable de l'Etablissement réalise des consultations de préadmission et détermine l'unité d'accueil la mieux adaptée à l'état de la personne âgée.

L'admission est prononcée par le Directeur après présentation du dossier administratif et du dossier médical complets.

Le coût du séjour

Le tarif hébergement est fixé annuellement par Arrêté du Président du Conseil Départemental du Var.

Le forfait hébergement est à la charge du résident, de la famille, si les revenus ne sont pas suffisants, un dossier est instruit auprès de l'Aide Sociale.

Le tarif dépendance est fixé annuellement par Arrêté du Président du Conseil Départemental du Var, en fonction du Groupe Iso Ressources du résident.

Une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie peut être établie.

Le Projet de Vie

Le Projet de Vie Collectif permet de définir notamment l'organisation de la journée du résident.

Le Projet de Vie Individualisé vise à définir un consensus de prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire en tenant compte des souhaits et/ou habitudes de vie du résident compatibles avec les contraintes institutionnelles.

Le Projet de Soins

Il permet de décliner les actions selon 4 valeurs fondamentales :

- tolérance / humanité
- respect de la personne
- écoute
- professionnalisme / compétence.

Une charte de bientraitance, élaborée par les équipes de soins, exprime la volonté de promouvoir une prise en charge tournée vers la bientraitance.

Les prestations

La prestation «linge» est assurée par la blanchisserie du Centre Hospitalier de la Dracénie.

Une lingère aide à définir une garde-robe adaptée à l'état du résident et marquée aux soins de la famille du résident.

Les menus sont élaborés en tenant compte des goûts et des besoins nutritionnels des résidents.

Une diététicienne intervient régulièrement sur le site.

Les réseaux

L'Etablissement est en lien avec :

- ✕ Les plateaux médico-techniques du Centre Hospitalier de la Dracénie ainsi que l'Unité Mobile de Gériatrie
- ✕ Les structures d'hospitalisation privée (court séjour, soins de suite et de réadaptation)
- ✕ Le Service de Soins Infirmiers A Domicile du centre hospitalier de la Dracénie
- ✕ Le Centre Local d'Information et de Coordination Niveau II de la Communauté d'Agglomération Dracénoise
- ✕ Les autres Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et leurs Médecins Coordonnateurs
- ✕ Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA83)
- ✕ La Coordination Territoriale des Aînés (CTA)

Des Associations de bénévoles interviennent au sein de l'Etablissement :

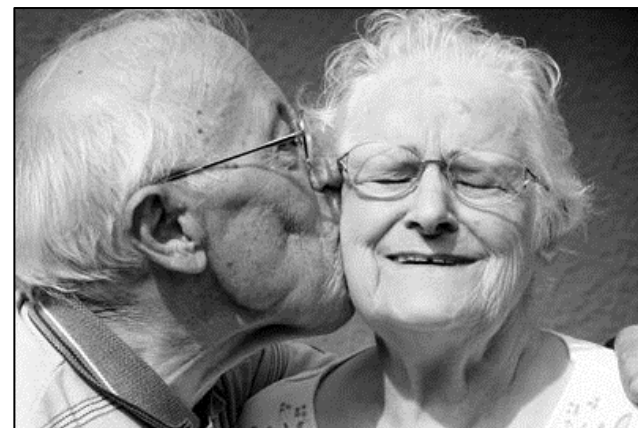
- ✎ L'Association «Plus Loin La Vie En Dracénie »
- ✎ L'Association «J. A. L. M. A. L. V.»
- ✎ Les « Blouses Roses »

POLE GERIATRIE



ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

Directeur référent : Mme Aurélie EDEL
Médecin chef de pôle : Dr Laurence CHAIX
Cadre de pôle : Mme Danièle PAOLIN



04.94.60.51.40

EXTRAIT DE LA CHARTE DE BIENTRAITANCE



Être bientraitant en milieu collectif, c'est continuer à donner un sens à la vie en respectant la personne dans son identité.

Pour nous, au Malmont, être bienveillant c'est :



ARTICLE 1

Respecter la personne âgée

Dans sa vie privée
Dans son intimité, sa pudeur
Dans son espace personnel
Dans ses goûts
Dans ses croyances et pratiques religieuses
Dans ses dernières volontés

ARTICLE 2

Être tolérant

Accepter les comportements liés aux diverses pathologies
Reconnaître aux résidents le droit de choisir de s'alimenter ou non, de se lever ou non,...

ARTICLE 3

Développer les échanges, la communication ,l'écoute

ARTICLE 4

Respecter la discrétion, la confidentialité

ARTICLE 5

Respecter les règles d'hygiène, de sécurité, du confort, de la santé

Dispenser des soins de qualité
Dispenser des soins d'hygiène
Dans des conditions de sécurité optimales
Préservant santé et confort

ARTICLE 6

Préserver l'individualité

Considérer la personne âgée comme une personne à part entière et la respecter en tant que telle
Préserver son autonomie, mais aussi, être à l'écoute de la capacité de la personne à ressentir ce qui est bon pour elle

Être bienveillant, c'est vivre dans un milieu qui implique de la part de tous, encadrement, médecins, intervenants, familles, résidents, un respect mutuel dans une communication faite de confiance, de tolérance et d'écoute

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

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

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau – 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr

Version révisée 2007

