

# Liste de contrôle de séjour à l'EHPAD du Bleymard

Entrée de M./Mme ..... du .....

	Oui	Non	NA
Le dossier de demande d'admission en EHPAD <b>est complété, daté et signé</b>			
La carte nationale d'identité <b>est photocopiée</b>			
L'attestation de droits à l'Assurance Maladie <b>est jointe</b>			
La carte vitale <b>est jointe</b>			
La carte de mutuelle <b>est jointe</b>			
Les derniers titres de pension (retraite + retraite complémentaire, etc.) ou justificatifs de paiement sur les relevés bancaires <b>sont photocopiés</b>			
Le dernier avis d'impôt sur les revenus <b>est photocopié</b>			
L'histoire de vie <b>est complétée</b>			
Le règlement de fonctionnement <b>est daté et signé</b>			
Le contrat de séjour <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire de désignation de la personne de confiance <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire de choix du pharmacien pour la délivrance des ordonnances <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire de consentement pour prélèvement biologique d'un patient en cas d'AES <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire de choix du laboratoire de biologie médicale <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire d'autorisation de droit à l'image <b>est complété, daté et signé</b>			
Le formulaire des directives anticipées (pour la fin de vie) <b>est complété, daté et signé</b>			
Les vêtements <b>sont marqués</b> avec des étiquettes <u>à coudre</u>			
Le dernier jugement de tutelle ou curatelle <b>est photocopiée</b>			
Le mandat de prélèvement SEPA <b>est complété, daté et signé</b>			
Le RIB IBAN <b>est joint</b>			
La déclaration de changement d'adresse, auprès des organismes publics et privés (caisses de sécurité sociale et de retraite, etc.), <b>est faite</b>			
La déclaration de changement de médecin traitant, auprès de la caisse d'Assurance Maladie, <b>est faite</b>			
La demande d'allocation logement, auprès de la CAF ou de la MSA, <b>est faite</b>			
Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, par le Département de domicile de secours*, <b>est arrêté</b>			
La demande d'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, auprès du Département de domicile de secours*, <b>est faite</b>			
La demande d'aide sociale à l'hébergement, auprès du Département de domicile de secours*, <b>est faite</b>			

\* Département de résidence de la personne âgée avant son entrée en EHPAD      Mettre une croix dans les colonnes non grisées Oui / Non / NA (Non Applicable)

Fait à ....., le .....

Signatures du résident (ou de son représentant légal) et de l'adjoint administratif

**P.S. :** Avant ou à l'entrée en EHPAD, le futur résident ou son représentant légal doit se présenter à l'Administration / Accueil, en prenant rendez-vous au préalable, avec TOUS ces documents afin de remettre un dossier d'entrée complet.



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 EXERÇANT 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.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI

NON

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

# A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

## PERSONNE DE CONFIANCE

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

### SI OUI :

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du 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 / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

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<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du 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

<sup>1</sup> 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 contacter<sup>(2)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du 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 : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE 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'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur             Madame

Nom de famille (de naissance)             Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

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**  OUI  NON

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Taille

Poids

**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'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
	A l'intérieur			
Déplacements	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 (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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		
Gastrostomie		
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



# Histoire de vie

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	

## I - Mon enfance :

Où j'ai grandi : .....

Mes parents (leur métier, leur vie...) : .....

Mes frères et sœurs : .....

Ce qu'il est important de savoir de mon enfance : .....

## II – Ma Jeunesse :

Où j'ai vécu ma jeunesse : .....

L'école, les études, ma formation professionnelle : .....

Ce qu'il est important de savoir : .....

## III – L'âge adulte :

Ma situation familiale (conjoint, enfants, petits enfants...) : .....

Mon (mes) métiers : .....

Ce qu'il est important de savoir : .....

## IV – Mes habitudes de vie, mes goûts, mes envies :

*Mes horaires :* De lever : De sieste : De coucher : De repas :

***Mes loisirs :***

- Travaux manuels (cuisine, jardinage, bricolage, couture, tricot...) :
  
- Lecture (mes lectures préférées, mon journal...) :
  
- Télévision (ce que j'apprécie) :
  
- Musique (ce que j'apprécie) :
  
- Participation à des clubs, des associations :
  
- Autres :

***Mes goûts et dégoûts :***

- Alimentaires :
  
- Vestimentaires (maquillage, etc...) :
  
- Autres :

***Ma religion et ma pratique religieuse :***

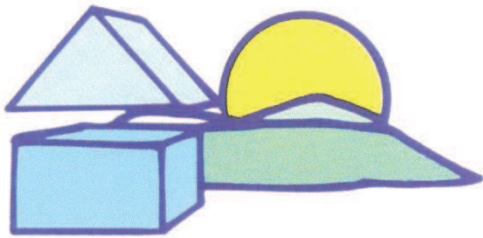
.....  
.....  
.....

***Mon expérience de la vie en collectivité :***

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

***Ce que je pense et ce que j'attends de la maison de retraite :***

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



**RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT**

**Rue du Couderc**

**Le Bleymard**

**48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET**

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : [secretariat@ehpadbleymard.fr](mailto:secretariat@ehpadbleymard.fr)

---

# Règlement

# de fonctionnement

# SOMMAIRE

## PARTIE I - L'ORGANISATION GENERALE

### 1 - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

- 1-1- LES INSTANCES ADMINISTRATIVES 3
- 1-2- L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE 3

A- Fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale 3

### 2 - L'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

- 2-1 LA CAPACITE 4
- 2-2 LES MOYENS HUMAINS 4

## PARTIE II - LES CONDITIONS DE SEJOUR

### 1 - LES CONDITIONS D'ADMISSION

- 1-1- LES PERSONNES HEBERGEES 5
- 1-2- LES FORMALITES 5

### 2 - LES DROITS ET OBLIGATIONS DES RESIDENTS

- 2-1- COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR 6
- 2-2- LES PRESTATIONS OFFERTES 6
- 2-3- LES REGLES DE VIE DANS L'ETABLISSEMENT 7

### 3 - DROITS ET OBLIGATIONS DU PERSONNEL

- 3-1- LES DROITS 9
- 3-2- LES OBLIGATIONS 9

### 4 - LES CONDITIONS DE SORTIE 11

### 5 - LE COUT DU SEJOUR

- 5-1- L'HEBERGEMENT 12
- 5-2- LES SOINS 12
- 5-3- LA DEPENDANCE 12
- 5-4- LES SOINS FACTURABLES EN SUS DU FORFAIT 12

# PARTIE I :

## L'ORGANISATION GENERALE

### 1- L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

La Résidence Joseph Caupert est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Florac et l'EHPAD de Villefort. Ces trois établissements sont sous la responsabilité du Directeur Général du Centre Hospitalier de MENDE. Un Directeur délégué basé à Florac a en charge ces deux EHPAD.

#### 1-1- LES INSTANCES ADMINISTRATIVES

- **Le Comité Technique d'Etablissement** qui est obligatoirement consulté sur la plupart des domaines examinés par le Conseil d'Administration ; son rôle essentiel se situe au niveau de l'organisation des conditions de travail.
- **Le Comptable** : Les fonctions de comptable à l'EHPAD du Bleygard sont assurées par le receveur-percepteur du BLEYMARD (Direction des Finances Publiques).

#### 1-2- UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE

En ce qui concerne l'organisation administrative, l'EHPAD publique du BLEYMARD dispose d'un cadre administratif à temps complet qui est plus particulièrement chargé de la gestion administrative de la gestion, et qui veille au fonctionnement général de l'établissement.

Les cadres administratifs des deux structures Villefort et Le Bleygard assurent la garde administrative sur les deux sites à tour de rôle lors des weekends, et pendant leurs congés annuels.

Autre instance administrative, le Conseil de la Vie Sociale.

Ce Conseil de la Vie Sociale est le lieu privilégié d'information et d'expression des résidents et de leur famille.

#### **A - Fonctionnement**

Le Conseil de la Vie Sociale s'apparente davantage à une réunion annuelle des familles, résidents et membres du personnel

L'ordre du jour est porté à la connaissance des résidents et des familles 8 jours avant afin de leur permettre de faire connaître leurs suggestions.

Il se réunit au moins deux fois par an, au printemps au moment du compte administratif, et à l'automne pour le vote des budgets.

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et notamment sur :

- 1- le règlement intérieur relatif au fonctionnement de l'établissement,
- 2- l'organisation intérieure et la vie quotidienne de l'établissement et des résidents,
- 3- les activités de l'établissement, l'animation socioculturelle, les services thérapeutiques,
- 4- l'ensemble des projets de travaux et d'équipement,
- 5- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- 6- l'affectation des locaux collectifs,
- 7- l'entretien des locaux,
- 8- la fermeture totale ou partielle de l'établissement,
- 9- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture.

## **2- L'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE**

L'EHPAD du BLEYMARD a pour vocation d'héberger mais aussi de soigner des personnes âgées. Pour mener à bien sa tâche, l'établissement dispose de moyens matériels et humains.

### **2-1 - LA CAPACITE**

La capacité de l'établissement est de 55 lits DONT 11 lits dédiés à l'accueil et à la prise en charge spécifique de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. :

### **2-2- LES MOYENS HUMAINS**

L'EHPAD du Bleynard est sous la responsabilité du directeur du Centre Hospitalier. Il dispose également des personnels suivants :

**Direction :**

Directeur  
Cadre administratif, responsable de l'établissement

**Services médicaux :**

Médecin coordonnateur

**Services paramédicaux :**

Infirmières  
Aides soignants  
Agents de service hospitalier

**Services éducatifs :**

Psychologue - Infirmier psy : 1 fois par trimestre  
Diététicienne : 1 fois par trimestre  
Kinésithérapeutes libéraux  
Animateurs

**Services cuisine - hôtellerie :**

Cuisinier  
Personnel hôtelier  
Personnel lingerie - buanderie

**Services techniques :**

Ouvrier d'entretien

L'établissement dispose en outre : d'une association « Les colombes de charedonde », de visiteuses « VMEH ».

# PARTIE II :

## LES CONDITIONS DE SEJOUR

### 1- LES CONDITIONS D'ADMISSION

#### 1-1- LES PERSONNES HEBERGEES

L'EHPAD du Bleygard est un **établissement public habilité à l'aide sociale pour la totalité de ses lits.**

Il propose l'hébergement des personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans. Des personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être admises sur dérogation de la COTOREP.

L'EHPAD du BLEYMARD, composé de 55 lits est plus particulièrement destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux.

L'établissement dispose également d'un secteur de 11 lits appelé Stevenson dédié à la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

#### 1-2- LES FORMALITES

L'admission dans l'établissement est prononcée par la commission d'admission après étude :

- Du dossier administratif comprenant :
  - Une copie du livret de famille ou une copie de la carte d'identité,
  - La carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou autre organisme et l'attestation,
  - Photocopie de la mutuelle,
  - Photocopies des justificatifs de ressources (titres de pension, ...)
  - La dernière feuille d'imposition sur le revenu et foncier,
  - Un RIB
  - Une autorisation de prélèvement automatique.
  - Histoire de vie
  
- Du dossier médical comprenant :
  - Le dossier médical complété par le médecin traitant et constatant l'état de santé du futur résident.
  - Le recueil de données, la fiche de liaison et le courrier du médecin pour les résidents admis par mutation d'une unité de soin interne à l'hôpital.

## **2- LES DROITS ET OBLIGATIONS DES RESIDENTS**

### **2-1 - COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR**

#### **✘ LE COURRIER**

☞ Le courrier est remis personnellement à chaque pensionnaire, en général après l'heure du déjeuner. Pour les départs, une boîte aux lettres située près de l'accueil, est levée tous les jours ouvrables.

#### **✘ LE TELEPHONE**

☞ Les chambres sont équipées d'appareils téléphoniques reliés à un commutateur. Le coût des communications est enregistré, et une facture personnelle est établie à chaque résident en fin de mois.

#### **✘ LES SORTIES**

☞ En fonction de leur état de santé, les résidents peuvent sortir librement tous les jours, après avoir averti le personnel afin d'éviter toute inquiétude.

#### **✘ LES VISITES**

☞ Les résidents peuvent recevoir parents et amis, dans leur chambre ou dans les coins salons. Il n'y a pas d'horaire établi pour les visites mais le fonctionnement du service doit être respecté ainsi que le repos des autres résidents. Pour le confort de tout le monde les heures de visites sont recommandées le matin après 11 heures.

Bien entendu, ces visites ne doivent pas contrarier le fonctionnement du service ou troubler le repos des autres résidents.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne sont autorisés auprès des résidents qu'après accord préalable de ceux-ci ou de leur famille et du responsable de l'établissement.

Les associations et organismes qui envoient auprès des résidents des visiteurs bénévoles, doivent préalablement obtenir l'accord du responsable de l'établissement.

Les visiteurs et les résidents ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées soit sur ni médicaments.

### **2-2- LES PRESTATIONS OFFERTES**

#### **✘ LA SURVEILLANCE MEDICALE**

☞ La surveillance médicale est assurée par le médecin traitant de chaque résident ; le principe est celui du libre choix.

☞ La surveillance médicale consiste notamment à :

- Établir le bilan de santé à l'admission de tout résident,
- Assurer régulièrement la visite du résident,
- Assurer la visite du résident à sa demande ou la demande l'infirmière de la maison de retraite,
- Visiter de jour ou de nuit le résident dont l'état de santé le nécessite sur appel de l'infirmière, ou du personnel assurant la surveillance de nuit
- Décider, si son état de santé le justifie, le transfert du résident vers un service médical du Centre Hospitalier ou son placement dans un établissement spécialisé.

#### **✘ PRATIQUE DU CULTE**

Les représentants des cultes, du choix de chacun, peuvent vous rendre visite et un espace peut être mis à leurs dispositions.

Le prêtre de la paroisse assure tous les vendredis matins à 10 h 45 un office religieux dans l'établissement.



## ✧ PRESTATIONS EXTERIEURES

☞ La Maison de Retraite dispose d'un salon de coiffure. Une coiffeuse extérieure se rend 1 fois par mois dans l'établissement (cette prestation est à la charge du résident).

Un pédicure se rend dans l'établissement une fois par mois. Il assure, sur prescription du médecin, des soins qui ne relèvent pas de la compétence des infirmières ou des aides-soignants.

## ✧ LOISIRS – ANIMATIONS

L'animation est considérée comme une nécessité et a pour but le maintien de la vie sociale, des relations humaines, le rétablissement des liens affectifs et la préservation de l'autonomie du résident. Elle revêt différentes formes et fait partie de la prise en charge globale du résident.

## 2-3- LES REGLES DE VIE DANS L'ETABLISSEMENT

### ☞ Dans le cadre des relations avec le personnel

Les agents de l'établissement sont aisément identifiables grâce à leur nom et leur qualification sur leur tenue.

Le personnel est rémunéré mensuellement pour son service. Il n'est pas autorisé à recevoir pourboires ou gratifications de la part des résidents ou de leur famille.

Il est demandé à chacun de respecter scrupuleusement cette consigne dans l'intérêt de tous.

Les résidents et les membres de leur famille ne sont pas qualifiés pour donner des ordres aux membres du personnel, ils doivent faire preuve de correction à leur égard. Toute réclamation doit être signalée à la direction de l'établissement.

Les documents de travail (type dossiers de soins, cahiers de transmissions) de l'équipe soignante sont confidentiels et, à ce titre, ne doivent pas être consultés par les résidents ou leurs parents qui peuvent obtenir des informations auprès de l'infirmière.

Eu égard au respect du secret professionnel, les résidents ou leurs familles ne doivent pas rechercher auprès des membres du personnel des informations d'ordre médical qui concernent d'autres pensionnaires.

Quand une information à propos d'un résident doit être communiquée à sa famille, le personnel contactera en priorité la première personne sur la liste des personnes à prévenir remise au moment de l'inscription.

### ☞ Respect de la vie en collectivité

- ◆ Chariots de linge commun : les résidents ne doivent pas se servir sur les chariots qui sont dans les couloirs au moment des soins, ni stocker de linge commun dans leur chambre.
- ◆ Offices : l'office de la salle à manger est un lieu de travail pour le personnel. Les résidents ne sont pas autorisés, sauf exception, à y pénétrer ni à se servir dans les placards ou le réfrigérateur.
- ◆ Par ailleurs, pour des raisons d'hygiène et de respect d'autrui, les résidents et les familles ne sont pas autorisés à se servir dans le chariot des repas.
- ◆ Afin de préserver la quiétude au sein de l'institution et par respect du travail du personnel, les résidents doivent observer les règles élémentaires de correction de respect et de courtoisie.
- ◆ Il est demandé d'user avec modération des appareils de radio et de télévision afin de préserver le repos des autres pensionnaires, plus particulièrement en soirée et la nuit.
- ◆ Les résidents doivent s'abstenir de tout excès de langage et de comportement (injures, obscénités, état d'ébriété...). Tout manquement de manière répétée aux dispositions du présent règlement de fonctionnement peut exposer le résident, après un avertissement écrit dûment motivé, au renvoi définitif de l'établissement sur décision du directeur. La procédure d'exclusion sera portée à la connaissance du Conseil d'Etablissement pour avis préalable. Le résident ainsi que sa famille seront informés de la décision prise par lettre recommandée avec accusé de réception. En cas de renvoi définitif, le résident disposera d'un mois pour libérer sa chambre.

### ☞ **Sur la possession d'argent et d'objets de valeur**

Les résidents peuvent sous leur entière responsabilité apporter des objets personnels. Il est toutefois vivement recommandé de ne pas conserver dans sa chambre d'objets de valeur, bijoux, fortes sommes d'argent.

L'établissement ne sera pas tenu responsable des pertes ou vols. Il est conseillé aux résidents de déposer ces objets, bijoux ou valeurs auprès du receveur-percepteur de l'établissement.

Au moment du décès, un inventaire contradictoire des effets, bijoux, argent, papiers personnels sera établi par le cadre administratif en présence d'un ou plusieurs héritiers ou si cela n'est pas possible en cas d'urgence, en présence de deux membres du personnel.

Les espèces, valeurs et bijoux seront ensuite déposés auprès du receveur-percepteur du BLEYMARD pour être remis à la personne pouvant justifier de sa qualité d'héritier.

### ☞ **Sur la possession de la clef de la chambre**

Une clé pourra être remise sur demande au résident.

### ☞ **Le linge**

Le trousseau doit être complet (cf. Annexe) et comporter un rasoir pour les hommes. Le linge doit être marqué au nom du résident avant son entrée en établissement. Par ailleurs, la blanchisserie s'engage à réaliser son propre marquage dans les plus brefs délais afin d'éviter les pertes.

Les éléments du trousseau (vêtements et nécessaire de toilette) doivent être renouvelés au fur et à mesure des besoins. Le linge facile à entretenir (coton) sera privilégié ; il convient d'éviter surtout les lainages et sous-vêtements en fibres synthétiques.

Si, toutefois, le résident souhaite conserver des vêtements délicats à entretenir, le lavage devra être assuré par la famille. L'établissement ne pourra être tenu responsable des détériorations pouvant survenir sur ces vêtements. Le reste du linge est entretenu par l'établissement qui fournit linge de toilette et de table.

### ☞ **Les repas**

Ils sont servis en salle à manger. Ils peuvent être pris en chambre si l'état de santé du résident l'exige.

Les horaires sont les suivants :

Petit-déjeuner	07 h 45 à 09 h 00
Déjeuner	11 h 45
Goûter	15 h 30
Dîner	18 h 45
Infusion	20 h 30

Si vous le souhaitez les membres de votre famille peuvent prendre les repas avec vous à conditions de prévenir le service 24 h à l'avance minimum. Tél. 04 66 48 01 84 (le matin).

### ☞ **La sécurité**

Afin d'assurer une sécurité maximale de l'ensemble des résidents, il est recommandé de suivre scrupuleusement les consignes prévues en cas d'incendie.

Par mesure d'hygiène et de sécurité, il est interdit de fumer dans les chambres et surtout au lit.

### ☞ **La finalité des soins**

Un des objectifs des soins prodigués aux résidents est le maintien ou le retour à l'autonomie (quand il est possible).

Cet objectif ne peut être atteint que par un travail d'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la stimulation et sollicitation des ressources du résident.

Dans l'intérêt du résident, il est indispensable que la famille adhère au projet de soins défini et mis en place par l'équipe.

## **3- DROITS ET OBLIGATIONS DU PERSONNEL**

Les agents de l'établissement sont des agents hospitaliers participant à l'exercice d'un service public. Par leur travail à l'EHPAD, nous participons à la continuité du service public auprès des résidents.

### **3-1- LES DROITS**

#### **❖ La liberté d'opinion**

En tant que fonctionnaire hospitalier, les agents de l'EHPAD jouissent de la liberté d'opinion. La loi précise qu'il ne peut être fait état dans le dossier d'un fonctionnaire – de même que dans tout document administratif – des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé. Les obligations ne doivent avoir aucune influence sur votre carrière.

Les agents sont tout de même soumis à l'obligation de réserve.

#### **❖ Le droit syndical**

En tant que fonctionnaire, les agents de l'EHPAD bénéficient de la liberté syndicale. Ils peuvent donc constituer librement des organisations syndicales. La loi exige toute fois une information de la direction de l'établissement.

#### **❖ La liberté d'expression**

Concerne surtout le fonctionnaire candidat à un mandat électif ou élu à une assemblée. Sa carrière ne peut pas être affectée par les opinions émises au cours de son mandat.

#### **❖ Le droit de grève**

Nécessite des dispositions particulières afin de préserver la continuité du service public. Une grève doit être obligatoirement précédée d'un préavis de 5 jours. La grève constitue une interruption de service, elle a donc pour conséquence de priver le gréviste de rémunération au prorata de la durée de la grève.

#### **❖ L'égalité des sexes**

Est un principe constitutionnel qui garanti aux deux sexes une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement et de la rémunération.

A titre exceptionnel, un recrutement distinct peut avoir lieu si l'appartenance à l'un ou à l'autre des sexes constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

#### **❖ La protection juridique**

En tant que fonctionnaire hospitalier, les agents de l'EHPAD sont protégés contre les menaces ou attaques. Ils sont également couverts des condamnations civiles prononcées à leur encontre lorsque la faute commise n'était qu'une faute de service.

#### **❖ Le droit à la transparence du dossier**

Le dossier des agents de l'EHPAD doit contenir toutes les pièces intéressant la situation administrative.

### **3-2- LES OBLIGATIONS**

La surveillance des résidents devant être assurée de façon continue, il est impératif que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée. Aucun agent ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités du service l'imposent.

#### **❖ OBEISSANCE HIERARCHIQUE**

Chaque agent est responsable des tâches qui lui sont confiées.

A son niveau, il doit se conformer aux instructions de ses supérieurs hiérarchiques.

#### **❖ INDEPENDANCE ET NON-CUMUL DES FONCTIONS**

Il est interdit à tout fonctionnaire hospitalier d'exercer une autre activité professionnelle lucrative, sauf exceptions réglementaires (activités artistiques, littéraires ou d'enseignement).

## ❖ **COMPORTEMENT VIS A VIS DES PATIENTS ET DES FAMILLES**

Toute personne a droit au respect de sa dignité, de ses valeurs, de ses croyances et de sa culture.  
Il vous est demandé d'accueillir et d'informer les familles avec tact, courtoisie en toute circonstance.  
Vous devez non seulement votre compétence mais aussi douceur, bonté, sollicité, prévenance, écoute.  
Il vous est interdit par ailleurs de recevoir des dons de toute nature.

## ❖ **SECRET PROFESSIONNEL, discrétion PROFESSIONNELLE, OBLIGATION DE RESERVE**

Le secret professionnel couvre les faits confiés par le malade hospitalisé ou ceux que le personnel hospitalier peut découvrir ou comprendre dans l'exercice de ses fonctions.  
L'obligation de discrétion professionnelle interdit au fonctionnaire toute communication d'informations ou de documents de service à des personnes extérieures à l'établissement.  
L'obligation de réserve consiste dans l'interdiction de nuire à l'hôpital, aux malades ou aux autres membres du personnel, par des paroles ou des actes excessifs.  
La violation de ces règles entraîne des sanctions disciplinaires, voire pénales en cas de violation du secret médical.

## ❖ **AUTRES CONSIGNES**

### ☞ **Tenue en service :**

Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent doit faire preuve d'une conduite irréprochable et avoir une tenue correcte.

L'établissement assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents qui doivent obligatoirement les porter pendant qu'ils sont en service et qui, sous aucun prétexte, ne peuvent les emporter à leur domicile. Avant l'envoi au blanchissage, toutes les poches des vêtements doivent être vidées.

### ☞ **Silence :**

Chacun doit contribuer à le faire respecter.

Eviter l'agitation inutile, les éclats de voix, l'utilisation des chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes. La nuit, ne laissez pas allumés abusivement certains éclairages, parlez à voix basse.

### ☞ **Economie :**

Vous devez travailler à l'EHPAD avec le même souci d'économie et de soin que celui que vous apportez dans vos travaux personnels.

Vous devez éviter les gaspillages et veiller à la bonne utilisation des produits, au bon entretien du matériel, du linge et des équipements.

### ☞ **Dépôts des objets de valeur des malades :**

Obligation de déposer argent, valeur ou objet personnels confiés par les malades.

### ☞ **Alcool :**

Interdiction d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées.

### ☞ **Téléphone :**

Interdiction d'utiliser le téléphone du service pour des besoins personnels ou de se faire appeler de l'extérieur sauf motif grave. Interdiction d'utiliser son téléphone portable pendant le service.

Interdiction de recevoir des visites personnelles sur le lieu de travail.

La possibilité est donnée au personnel d'utiliser le téléphone à des fins personnelles après en avoir demandé l'autorisation à la direction.

### ☞ **Pourboires :**

Interdiction de recevoir rémunération ou pourboire de la part des malades ou des visiteurs.

### ☞ **Information du supérieur hiérarchique :**

Obligation d'informer son supérieur hiérarchique des incidents dont on a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

### ☞ **Tabac :**

Interdiction de fumer dans les services.

L'EHPAD doit respirer la santé pour participer à sa mission de prévention et d'éducation pour la santé.

## 4- LES CONDITIONS DE SORTIE

Dispositions du règlement départemental d'Aide Sociale approuvé par le Conseil Général de la Lozère le 26 Octobre 2009. Les modalités de facturation en EHPAD pour les résidents admis ou non à l'Aide Sociale sont reprises dans le tableau ci-après :

Situation	Tarif hébergement	Tarif dépendance	APAD 48
<b>Absence temporaire supérieure à 72 heures</b>	Facturation du tarif hébergement minoré du forfait hôtelier égal au forfait hospitalier.  Durée : 30 jours par année civile.  Maintien de la contribution de la personne bénéficiant de l'aide sociale : 90 % de ses ressources diminuées du forfait hôtelier	Facturation du tarif dépendance GIR 5/6.  Durée : 30 jours par année civile.	Aucune facturation.  Versement suspendu dès le premier jour d'absence.
Situation	Tarif hébergement	Tarif dépendance	APAD 48
<b>Hospitalisation dès le premier jour d'absence</b>	Facturation du tarif hébergement minoré du forfait hôtelier égal au forfait hospitalier .  Durée : 45 jours par année civile.  Maintien de la contribution de la personne bénéficiant de l'aide sociale : 90 % de ses ressources diminuées du forfait hôtelier  Paiement du forfait hospitalier, soit par la personne âgée, soit par l'établissement.	Facturation du tarif dépendance GIR 5/6.  Durée : par période de 30 jours.	Facturation pendant les 30 premiers jours.  Le versement est maintenu durant 30 jours, il est suspendu au 31 <sup>ème</sup> , il reprend au 1 <sup>er</sup> jour du mois de sortie  Ces dispositions ne s'appliquent pas aux établissements relevant de la dotation globale

Pour les résidents admis à l'aide sociale d'un autre département, il est fait application des dispositions du règlement départemental d'Aide Sociale.

## 5- LE COUT DU SEJOUR

### 5-1- L'HEBERGEMENT

Le prix de journée relatif à l'hébergement est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Général. L'arrêté de tarification est affiché dans les locaux de la structure.

Des précisions sur l'évolution du prix de journée sont données aux résidents et aux familles lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale.

Le prix de journée hébergement est majoré des frais inhérents à la dépendance pour les résidents de moins de 60 ans.

Pour les personnes admises à titre payant, il n'est pas demandé de provision .

Le prix de journée comprend :

- ✓ L'hébergement
- ✓ La nourriture
- ✓ Le chauffage
- ✓ L'éclairage
- ✓ La fourniture du linge et son entretien
- ✓ La rémunération du personnel
- ✓ Divers travaux, fournitures et services extérieurs
- ✓ Les amortissements, charges financières et exceptionnelles.

Les frais de séjour sont facturés mensuellement et sont payables à Monsieur le Receveur-Percepteur du Bleynard, comptable de l'établissement.

En cas de difficultés pour s'acquitter du montant des frais d'hébergement, il est impératif de contacter ce dernier afin de trouver la solution la mieux adaptée à la situation du résident et d'en prévenir le Directeur de l'établissement ou son représentant de manière à ce qu'une solution puisse être recherchée.

D'autres services (téléphone, repas invités ...) sont à la disposition du résident et font l'objet d'une facturation en fin de mois.

### 5-2- LES SOINS

Les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins sont arrêtés chaque année par l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Le tarif soin comprend :

- la rémunération des infirmiers et des soignants affectés à la section soin
- la rémunération du médecin coordonnateur
- l'achat des fournitures médicales
- l'amortissement du petit matériel médical.

### 5-3- LA DEPENDANCE

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés annuellement par le président du Conseil Général.

Le tarif dépendance comprend :

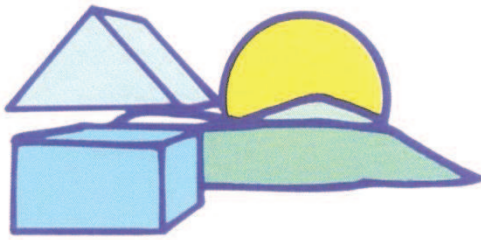
- la rémunération des personnels (agents des services à 30 % hospitaliers et aides soignants à 30 %) assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes
- les fournitures et prestations hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance (produits à usage unique, couches, alèses, produits absorbants ...)
- les amortissements du matériel et du mobilier destiné à la prise en charge de la dépendance et à la prévention de son aggravation
- la blanchisserie à 30%

### 5-4- LES SOINS FACTURABLES EN SUS DU FORFAIT

Pour les résidents en EHPAD, il s'agit de la fourniture des médicaments et des actes de biologie.

Au Bleynard, le .....

Signature résident ou représentant



**RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT**

**Rue du Couderc**

**Le Bleymard**

**48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET**

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : secretariat@ehpadbleymard.fr

# Contrat de séjour

**Entre les soussignés :**

**M. JAFFUEL Michel, Directeur délégué de la Résidence Joseph CAUPERT**

**d'une part,**

**et**

**M \_\_\_\_\_ d'autre part.**

## **Présentation et caractéristiques de l'établissement**

L'EHPAD « Résidence Joseph CAUPERT » du BLEYMAR est un établissement public médico-social autonome.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou de l'allocation personnalisée d'autonomie lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance.

L'établissement répond aux normes d'attribution de l'allocation logement permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

L'EHPAD « Résidence Joseph CAUPERT » a une capacité de 55 places en hébergement permanent dont 11 places en unité fermée (Stevenson)

### **1- CONDITIONS D'ADMISSION**

**L'EHPAD du Bleybard reçoit des personnes seules des deux sexes ou en couple. Les personnes de moins de 60 ans peuvent également y être admises en cas d'inaptitude au travail médicalement constaté. Les personnes accueillies peuvent être valides ou dépendantes. Les personnes valides sont celles qui sont en mesure d'assurer les actes de la vie courante sans l'assistance d'une tierce personne.**

#### **Deux types d'hébergement :**

- Hébergement en unité classique EHPAD
- Hébergement en unité protégée\* (Unité STEVENSON)

\*Sont éligibles à l'hébergement en unité protégée les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée au stade de la déambulation qui présentent des troubles du comportement dont l'intensité est incompatible avec un accueil dans une unité non spécialisée.

Lorsque du fait de l'âge, d'une maladie intervenante, de la perte de la capacité de déambulation et de l'évolution vers un état dépendant, l'accueil en unité protégée n'est plus nécessaire, il est convenu que le résident sera transféré dans une chambre d'EHPAD classique. La décision est prise par la Direction après avis médical et en coopération avec la famille ou le tuteur légal du résident.

En cas d'urgence, le directeur de l'établissement ou son représentant est habilité à prendre toutes mesures appropriées, sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'EHPAD. Le résident ou son représentant légal ainsi que la famille sont averties des mesures prises et de leurs conséquences par le directeur ou son représentant dans les plus brefs délais et leur avis est recueilli.



L'admission dans l'établissement est prononcée par la commission d'admission après étude :

- **Du dossier administratif comprenant :**
  - Une copie du livret de famille ou une copie de la carte d'identité,
  - La carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou autre organisme et l'attestation,
  - Photocopie de la mutuelle,
  - Photocopies des justificatifs de ressources (titres de pension, ...)
  - La dernière feuille d'imposition sur le revenu et foncier,
  - Un RIB
  - Une autorisation de prélèvement automatique.
  
- **Du dossier médical comprenant :**
  - Le dossier médical complété par le médecin traitant et constatant l'état de santé du futur résident.
  - Le recueil de données, la fiche de liaison et le courrier du médecin pour les résidents admis par mutation d'une unité de soin interne à l'hôpital.

## **2- SURVEILLANCE MEDICALE**

La surveillance médicale des résidents est assurée par le médecin traitant de chaque résident, le principe est celui du libre choix

Les soins paramédicaux et de nursing sont assurés par le personnel de l'établissement.

Le kinésithérapeute intervient en libéral.

Le Médecin coordonnateur avec l'équipe soignante établie au vu d'une grille nationale (Grille AGIRR) l'état de dépendance du résident.

## **3- COUT DU SEJOUR**

Les frais de séjour en maison de retraite s'appliquent selon le régime de la tarification tertiaire :

- 1- Un prix de journée d'hébergement,
- 2- Un tarif soins,
- 3- Un tarif dépendance.

### **3.1- Prix de journée hébergement**

Le prix de journée relatif à l'hébergement est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Général. L'arrêté de tarification est affiché dans les locaux de la structure de. Ces frais restent à votre charge. Toutefois, vous pouvez bénéficier de l'aide sociale en fonction de vos revenus. En outre, toutes les chambres de l'ensemble du secteur d'hébergement ouvrent droit à l'aide au logement. De même, selon votre état de dépendance, vous pouvez bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Des précisions sur l'évolution du prix de journée sont données aux résidents et aux familles lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale.

Le prix de journée hébergement est majoré des frais inhérents à la dépendance pour les résidents de moins de 60 ans.

**Le prix de journée comprend :**

- ✓ L'hébergement
- ✓ La nourriture
- ✓ Le chauffage
- ✓ L'éclairage
- ✓ La fourniture du linge et son entretien
- ✓ La rémunération du personnel
- ✓ Divers travaux, fournitures et services extérieurs
- ✓ Les amortissements, charges financières et exceptionnelles.

Les frais de séjour sont facturés mensuellement et sont payables à Monsieur le Receveur-Percepteur du Bleymard, comptable de l'établissement.

En cas de difficultés pour s'acquitter du montant des frais d'hébergement, il est impératif de contacter ce dernier afin de trouver la solution la mieux adaptée à la situation du résident et d'en prévenir le Directeur de l'établissement ou son représentant de manière à ce qu'une solution puisse être recherchée.

D'autres services (téléphone, repas ...) sont à la disposition du résident et font aussi l'objet d'une facturation en fin de mois.

De plus, la clé de la chambre peut être remise au résident sur simple demande.

Pour plus de détails, se reporter au règlement de fonctionnement.

**3.2 - Les tarifs soins**

Les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins sont arrêtés chaque année par l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

**Le tarif soin comprend :**

- la rémunération des infirmiers et des soignants affectés à la section soin
- la rémunération du médecin coordonnateur
- la rémunération des médecins libéraux
- la fourniture et l'amortissement du petit matériel médical.

**3.3 - Le tarif dépendance**

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés annuellement par le président du Conseil Général.

**Le tarif dépendance comprend :**

- la rémunération des personnels (agents des services à 30 % hospitaliers et aide-soignants à 30 %) assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes
- les fournitures et prestations hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance (produits à usage unique, couches, alèses, produits absorbants ...)
- les amortissements du matériel et du mobilier destiné à la prise en charge de la dépendance et à la prévention de son aggravation
- la blanchisserie à 30%

#### **4- ABSENCES – CONGES – HOSPITALISATIONS**

**Dispositions du règlement départemental d'Aide Sociale approuvé par le Conseil Général de la Lozère le 26 Octobre 2009. Les modalités de facturation en EHPAD pour les résidents admis ou non à l'Aide Sociale sont reprises dans le tableau suivant :**

<b>Situation</b>	<b>Tarif hébergement</b>	<b>Tarif dépendance</b>	<b>APAD 48</b>
<b>Absence temporaire supérieure à 72 heures</b>	<b>Facturation du tarif hébergement minoré du forfait hôtelier égal au forfait hospitalier.</b>  <b>Durée : 30 jours par année civile.</b>  <b>Maintien de la contribution de la personne bénéficiant de l'aide sociale: 90% de ses ressources diminuées du forfait hôtelier.</b>	<b>Facturation du tarif dépendance GIR 5/6.</b>  <b>Durée : 30 jours par année civile.</b>	<b>Aucune facturation.</b>  <b>Versement suspendu dès le premier jour d'absence.</b>
<b>Hospitalisation dès le 1<sup>er</sup> jour d'absence</b>	<b>Facturation du tarif hébergement minoré du forfait hôtelier égal au forfait hospitalier.</b>  <b>Durée : 45 jours par année civile.</b>  <b>Maintien de la contribution de la personne bénéficiant de l'aide sociale: 90% de ses ressources diminuées du forfait hôtelier.</b>  <b>Paiement du forfait hospitalier, soit par la personne âgée, soit par l'établissement.</b>	<b>Facturation du tarif dépendance GIR 5/6.</b>  <b>Durée : par période de 30 jours.</b>	<b>Facturation pendant les 30 premiers jours.</b>  <b>Le versement est maintenu durant 30 jours, il est suspendu au 31<sup>e</sup>, il reprend au 1<sup>er</sup> jour du mois de sortie.</b>  <b>Ces dispositions ne s'appliquent pas aux établissements relevant de la dotation globale.</b>

**Pour les résidents admis à l'aide sociale d'un autre département, il est fait application des dispositions du règlement départemental d'Aide Sociale.**

#### **5 - DUREE - RENOUELEMENT**

**Le présent contrat est établi pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.**

#### **6- RESILIATION**

**Toutefois, l'établissement ou le résident peut résilier le contrat dans les conditions suivantes :**

**a) Le résident peut mettre fin à son séjour. Il devra néanmoins en informer la Direction de l'Etablissement au moins 15 jours à l'avance.**  
**Si ce délai n'est pas respecté, le prix de journée sera facturé dans la limite des 8 jours de préavis.**

**b) Si le résident et/ou la famille a une conduite incompatible avec la vie en collectivité ou s'il contrevient, de manière répétée, aux dispositions du règlement intérieur, une procédure de résiliation sera engagée.**

**Le dossier sera porté à la connaissance du Conseil d'Établissement qui aura à se prononcer sur le maintien ou l'exclusion.**

**Le résident, son représentant légal ou les membres de sa famille, seront informés par lettre recommandée avec accusé de réception.**

**En cas de rupture du contrat décidé par la Direction de l'établissement il disposera d'un mois pour libérer la chambre.**

**c) Lorsque le résident est atteint d'une affection ou d'une invalidité ne permettant plus son maintien dans l'établissement, son représentant légal ou les membres de sa famille sont informés.**

**Des solutions sont recherchées avec le médecin et l'administration pour assurer le transfert dans un établissement plus approprié à l'état du résident.**

## **7- RESPECT DES VOLONTES**

**En cas de décès, toutes les volontés exprimées par le résident sont scrupuleusement respectées. Si toutefois aucune volonté n'a été notifiée à l'administration, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord des familles.**

**Les effets personnels sont restitués à la famille qui disposera de sept jours pour les retirer.**

## **8- OBJETS PERSONNELS**

**Le résident est chez lui. Il peut donc amener meubles et bibelots, sous réserve qu'ils ne soient pas trop importants et qu'il soit naturellement possible de les installer dans sa chambre.**

**Le résident peut également apporter son poste de télévision personnel.**

## **9- RESPONSABILITE DE L'ETABLISSEMENT**

**Pour éviter les pertes ou les vols, il est conseillé au résident d'effectuer auprès du Receveur de l'établissement le dépôt des sommes d'argent, titres ou valeurs et objets de valeurs (pour les modalités, se reporter au règlement intérieur).**

**A défaut de cette précaution, l'établissement ne pourra être tenu pour responsable.**

**Après avoir pris connaissance des conditions d'admissions, de durée, de renouvellement, de résiliation et de coût du séjour,**

**M**\_\_\_\_\_

Ayant produit les dossiers administratif et médical et après avis de la commission d'admission est admis(e) à compter du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il (elle) disposera d'une chambre meublée :  individuelle  
 à deux lits

**M**\_\_\_\_\_

Est autorisé(e) à apporter les objets personnels dont les meubles suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

**M**\_\_\_\_\_

Déclare en outre avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement qui est joint au présent contrat.

Au Bleymard, le .....

Signature du Résident

Signature du Directeur délégué

**VOUS VENEZ D'ETRE ADMIS(E) DANS NOTRE ETABLISSEMENT**

Selon la **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes hospitalisées**, il vous est proposé de désigner **une personne de confiance**.

C'est une personne majeure, qui vous est proche, qui connaît vos convictions, vos volontés : un membre de votre famille, un ami ou bien votre médecin traitant.

Cette personne pourra, **avec votre accord** vous aider en vous accompagnant et en vous assistant lors des entretiens avec le(s) médecin(s). Elle sera consultée si vous n'êtes pas en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes de soins, ni faire connaître aux personnes qui vous soignent vos choix et vos décisions relatifs à votre santé. Elle deviendra alors le seul interlocuteur des professionnels qui vous prennent en charge et s'efforcera de retraduire au mieux vos volontés. Son avis aidera les professionnels à adapter au mieux les traitements et les soins en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions. Elle devra garder le secret concernant votre santé.

Cette désignation est faite par écrit pour la durée du séjour et sera insérée dans votre dossier médical. Elle reste facultative. Le reste également révocable à tout moment. Il vous suffit d'en informer un professionnel de l'unité de soins. Vous pourrez, le cas échéant, en désigner une autre. Il vous sera demandé, également, de désigner une ou plusieurs personnes à prévenir en cas de besoin. La personne à prévenir peut être différente de la personne de confiance. Comme il vous est précisé ci-dessus son rôle est bien spécifique.

---

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle .....né(e) le .....

Demeurant à .....

Admis(e) dans l'établissement le .....

Déclare avoir reçu l'information relative à la désignation de la personne de confiance OUI - NON (1)

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance (1)

- je souhaite désigner une personne de confiance et m'engage à l'informer de sa mission (1):

NOM ..... Prénom .....Né(e) le .....

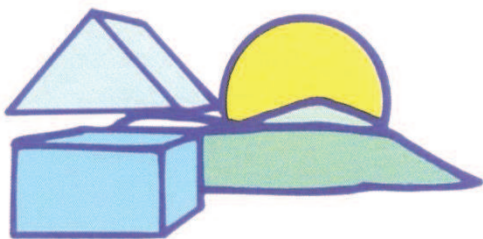
Adresse ..... Téléphone .....

---

Fait pour valoir ce que de droit le ..... au Bleynard

Signature du résident :

*1 rayer la mention inutile*



# RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT

Rue du Couderc

Le Bleymard

48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : secretariat@ehpadbleymard.fr

## CHOIX DU PHARMACIEN POUR LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES

### DES RESIDENTS DE L'EHPAD DU BLEYMARD

Je soussigné(e) .....

Résident(e) à l'EHPAD Résidence Joseph CAUPERT 48190 LE BLEYMARD

Fait le choix de faire délivrer les ordonnances de mon médecin traitant par :

une pharmacie d'officine .....

Adresse .....

(Dans ce cas le réapprovisionnement sera laissé à ma charge ou à celle d'une personne désignée ci-après : .....

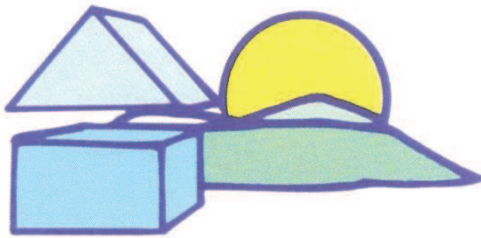
Adresse ..... Téléphone .....

Lien de parenté : .....

la pharmacie du Dr Jacques CAMPION au Bleymard

Au Bleymard le .....

Signature du résident ou de son représentant légal



# RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT

Rue du Couderc

Le Bleymard

48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : secretariat@ehpadbleymard.fr

## CONSENTEMENT POUR PRELEVEMENT BIOLOGIQUE D'UN PATIENT

### EN CAS D'AES

Je soussigné(e) .....

né(e) le .....

Responsable légal (\*) en tant que .....

de .....

né(e) le .....

**En cas d'accident d'exposition d'un membre du personnel avec mon sang, j'accepte que soient réalisés en urgence, en vue de protéger l'agent en question, les examens suivants :**

Sérologies pour le VIH et les hépatites virales B et C.

**J'accepte.** Dans ce cas, je souhaite être informé(e) du résultat :  oui  non

**Je refuse.**

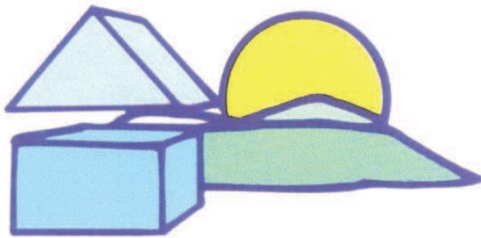
**Toutes ces informations seront conservées dans le respect du secret médical ; elles ne pourront être transmises à un tiers sans mon accord. Je sais aussi que je peux refuser sans en indiquer les raisons.**

Au Bleymard, le .....

(\*) *Rayer la mention inutile*

Signature :





# RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT

Rue du Couderc

Le Bleymard

48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : secretariat@ehpadbleymard.fr

## CHOIX DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

### DES RESIDENTS DE L'EHPAD DU BLEYMARD

Je soussigné(e) .....

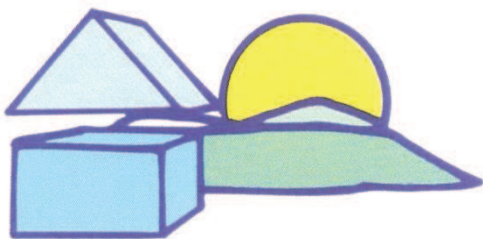
Résident(e) à l'EHPAD Résidence Joseph CAUPERT 48190 LE BLEYMARD

Fait le choix du laboratoire de biologie médicale :

- Laboratoire de biologie médicale interne de l'Hôpital Lozère – Mende
- Laboratoire de biologie médicale indépendant Gen-Bio – Langogne

Au Bleymard le .....

Signature du résident ou de son représentant légal (préciser le lien de parenté).



# RÉSIDENCE JOSEPH CAUPERT

Rue du Couderc

Le Bleymard

48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET

Tél. : 04 66 48 61 15

Fax. : 04 66 48 65 92

Mél. : secretariat@ehpadbleymard.fr

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

né(e) le .....

Représentant légal en tant que .....

de .....

né(e) le .....

(à rayer si inutile)

**A U T O R I S E** l' E H P A D R é s i d e n c e J o s e p h C A U P E R T à :

- effectuer des prises de vues de ma/sa personne ;
- reproduire, publier ou promouvoir ces images sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation.

Cette utilisation est valable pour un usage interne mais également pour tous les autres supports réalisés par l'E.H.P.A.D., sans limitation de quantité, de lieux, de pays.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des images ne devront pas porter préjudice à mon/son image et/ou ma/sa réputation.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée, sauf dénonciation écrite.

Au Bleymard, le .....

Signature du résident ou de son représentant



# Directives anticipées

---

*J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.*

1

## Présentation<sup>1</sup>

### Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

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

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

► **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

---

<sup>1</sup> Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

► **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche numéro ③ vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro ③ pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

► **Avec qui en parler ?**

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

► **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi<sup>2</sup>.

► **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

► **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

---

<sup>2</sup> La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Si un « dossier médical partagé »<sup>3</sup> a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche ⑤ ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

**L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.**

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

\*\*\*\*\*

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche ⑤ ci-après).

---

<sup>3</sup> Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

2

## Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil :

- j'ai l'autorisation du juge       Oui       Non
- du conseil de famille       Oui       Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

**3**

## **Informations ou souhaits**

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées  
figurant sur la fiche **4** ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....

.....

.....

Fait le ..... à .....

**Signature**

4

## Mes directives anticipées **Modèle A**

- ➔ *Je suis atteint d'une maladie grave*
- ➔ *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre : .....

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- Autre : .....



Directives anticipées

---

- ▶ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le ..... à .....

**Signature**

## Mes directives anticipées

### Modèle B

→ *Je pense être en bonne santé*

→ *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature

**5**

## Cas particulier

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)** vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

**Témoin 2 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

6

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance<sup>4</sup>

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone privé : ..... Email : .....

► Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui             Non

► Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui             Non

Fait le ..... à .....

**Votre signature**

**Signature de la personne de confiance**

<sup>4</sup> au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

7

## Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

- ▶ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.
  
- ▶ Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées du** .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au ⑤

## Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique de mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé

- sans tarder au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

**FR 22 ZZZ 576182**

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

NOM Prénom :

Adresse complète :

### DESIGNATION DU CREANCIER

NOM :

EHPAD Résidence Joseph CAUPERT

Adresse complète :

Rue du Couderc

Le Bleynard

48190 MONT-LOZÈRE ET GOULET

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

### TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à MONT-LOZÈRE ET GOULET

Le

Signature

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

NOM Prénom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)**

#### Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Service de Gestion Comptable (SGC) de MENDE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le SGC de MENDE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.