



Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - *Établissement Public*

---

# LIVRET D'ACCUEIL

459 route de Berre 06390 CONTES  
Tél. 04 93 91 66 70 Fax 04 93 79 11 34 E-mail : [ausavel@orange.fr](mailto:ausavel@orange.fr) - [www.ausavel.fr](http://www.ausavel.fr)

*Toute correspondance doit être adressée impersonnellement à Madame le Directeur*



Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Établissement Public

## SOMMAIRE

<b>PAGES 2 A 5</b>	DOSSIER D'ADMISSION.
<b>PAGE 6</b>	FICHE DE RENSEIGNEMENTS.
<b>PAGE 7</b>	LA PERSONNE DE CONFIANCE.
<b>PAGE 8</b>	ATTESTATION RELATIVE A L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE.
<b>PAGE 9</b>	FORMULAIRE POUR LE MARQUAGE DU LINGE.



Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Établissement Public

# DOSSIER D'ADMISSION

## I. PRESENTATION :

**L'E.H.P.A.D. « Au Savel »**, est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'une capacité totale de 190 lits.

Elle accueille les résidents pour des séjours temporaires ou de longue durée.

Pour accomplir ses missions, l'établissement dispose d'une équipe médicale et soignante constituée de :

- ↵ 1 médecin coordonnateur,
- ↵ 1 cadre supérieur de santé,
- ↵ 1 cadre de santé
- ↵ 9 infirmiers,
- ↵ 39 aides-soignants,
- ↵ 1 psychologue,
- ↵ 1 ergothérapeute
- ↵ 5 médecins traitants libéraux,

qui assurent une surveillance médicale permanente.

Des kinésithérapeutes, une orthophoniste peuvent intervenir sur prescription médicale.

Un podologue qui intervient 2 fois par mois

L'Hospitalisation à Domicile ou l'Unité de Soins Palliatifs peuvent intervenir auprès du résident.

Les services d'hôtellerie et de restauration sont assurés par des agents des services hospitaliers.

Les repas sont confectionnés sur place et prennent en compte les régimes alimentaires prescrits par le médecin traitant.

Une équipe d'ouvriers spécialisés s'occupe de l'entretien des locaux et du parc.



Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Établissement Public

## II. TARIFS HEBERGEMENT ET DEPENDANCE AU 01.01.2018:

### **A détailler avec tarif dépendance :**

Ticket modérateur : **4.10 €** par jour soit **127.10 euros** sur une période de 31 jours.

Chambre à deux lits : **53.32 €** par jour soit **1652.92 euros** sur une période de 31 jours.

Chambre à un lit : **58.85 €** par jour soit **1824.35 euros** sur une période de 31 jours.

Repas accompagnant : au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : 8.90 € en semaine, 12.60 € le dimanche et 18.60 € les Jours Fériés.

Les tarifs hébergement et dépendance et le forfait soins couvrent les prestations soignantes et hôtelières:

- ↪ Chambre.
- ↪ Repas.
- ↪ Blanchisserie.
- ↪ Animation.
- ↪ Soins de pédicurie.
- ↪ Coiffure.
- ↪ Soins infirmiers.

## III. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

**Deux possibilités** de prise en charge s'offrent à la personne âgée :

**1.** Soit elle peut assumer complètement ou avec l'aide de sa famille le règlement des frais d'hébergement :

- L'entrée se fait alors à titre payant avec signature d'un engagement à payer et versement d'une caution représentant un mois d'hébergement.

**2.** Soit les ressources sont insuffisantes :

- L'assistante sociale du Centre Communal d'Action Sociale de la Mairie du lieu de résidence **déposera à sa demande** un dossier en vue d'obtenir une prise en charge par les services de l'Aide Sociale du Département.
- Si l'admission en EHPAD est urgente, le séjour sera considéré à titre payant jusqu'à la régularisation de ce dossier.

Le résident peut aussi bénéficier de l'Allocation Logement.

#### IV. MODALITES D'ADMISSION :

Avant de pouvoir séjourner à la Résidence « Au Savel », un dossier médical concernant le Résident doit-être établi. L'admission ne pourra être prononcée qu'après examen de ce dernier.

<p><b>Bureau Gestion des Séjours :</b> Madame CARAVEO Marie-France Monsieur TIREL M Arc <b>Tél : 04.93.91.66.70</b> <b>Fax : 04.93.79.11.34</b></p>	<p><b>Service Soins</b> Mme DESCAMPS Anne <b>Tél : 04.93.91.66.69</b> Mme BRUILLARD Karine <b>Tél : 04.93.91.66.79</b></p>	<p><b>Psychologue</b> Madame Patricia GALEANO <b>Tél : 04.93.91.66.77</b> <b>Ergothérapeute</b> Mlle FRANCOIS Morgan <b>Tél : 04.93.91.66.88</b></p>
<p><b>Médecin coordonnateur</b> Docteur Nicole SALOMON <b>Tél : 04.93.91.66.86</b></p>		

#### V. PIECES A FOURNIR :

##### 1. DOSSIER ADMINISTRATIF :

Pièces à fournir avant l'admission :

- Copie avis d'imposition
- Copie de la dernière déclaration d'imposition
- Copie dernier relevé de pension(s)
- Copie du livret de famille.
- Copie carte d'identité ou tout autre document d'identité.
- 2 photos d'identité récentes
- Copie taxe foncière
- Copie carte de mutuelle
- Copie assurance responsabilité civile (le jour de l'admission)
- Copie de l'échéancier de la mutuelle
- Copie du montant de la CAF
- Copie attestation de sécurité sociale.
- Carte Vitale (Donner l'original le jour de l'admission).
- Dans le cadre d'une mesure de protection, copie du jugement
- Fiche de renseignements administratifs
- Attestation relative à l'information sur la personne de confiance
- Marquage du linge
- Contrat de séjour signé (le jour de l'admission).
- Chèque de caution d'un montant équivalent à un mois de séjour pour les entrées à titre payant, établi à l'ordre du Trésor Public (provision encaissée par le Trésor Public, mais restituée à la fin du séjour)
- R.I.B.
- Dans la mesure du possible, indiquer les volontés du futur entrant en cas de décès.

En cas de demande d'aide sociale pour le placement en Maison de Retraite, il est impératif de fournir la notification d'admission à l'aide sociale ou la notification d'admission d'urgence émanant du C.C.A.S.

Depuis la loi du 1<sup>er</sup> février 2006 la chambre du résident est considérée comme un espace privatif. Nous recommandons aux familles des futurs résidents de conserver leur assurance responsabilité civile.

##### 2. DOSSIER MEDICAL :

Pour permettre l'admission, le document de renseignements médicaux rempli par le médecin traitant ou un médecin hospitalier devra être retourné au Service Médical de l'établissement.

### 3. EFFETS VESTIMENTAIRES :

**Le linge doit être au préalable marqué avec des étiquettes cousues et brodées (et non collées) au nom et prénom du résident, sur les étiquettes il conviendra également, par mesure de sécurité, de rajouter les mentions suivantes : AU SAVEL 04 93 91 66 70.**

L'établissement assure l'entretien du linge à l'exception du linge délicat.

Vous pouvez choisir de faire laver votre linge à l'extérieur à vos frais.

## TROUSSEAU VESTIMENTAIRE ET DE TOILETTE

IL EST RECOMMANDE D'ÉVITER TOUT LE LINGE EN PURE LAINE (WOOLMARK, LAINE DES PYRENEES) AINSI QUE LE LINGE ET TEXTILE DELICAT (SOIE, THERMOLACTYL, RHOVYL ETC...).

LEUR ENTRETIEN, NE POUVANT SE FAIRE PAR NOTRE SERVICE BLANCHISSERIE, DEMEURERA A VOTRE CHARGE.

### NECESSAIRE DE TOILETTE OBLIGATOIRE

A RENOUELER TOUS LES MOIS\*

- Savon/Shampooing\*
- Eau de toilette\*
- Peigne
- Brosse à cheveux
- Mouchoirs en papier\*
- 12 gants de toilette

- Dentifrice + Brosse à Dents \*
- Si Prothèse dentaire :
- STERADENT
- Boîte à prothèse Dentaire
- Pâte dentaire (type COREGA)\*

En plus pour Monsieur :

- Rasoir sur batterie si possible sinon Electrique ou Jetable
- Mousse à raser

### TROUSSEAU TYPE DE VETEMENTS

- 10 slips ou culottes.
- 10 paires de chaussettes (été/hiver), collants ou mi-bas femme.
- 10 tricot de corps.
- 5 combinaisons femme.
- soutien-gorge.
- 2 peignoirs (1 été/1 hiver).
- 5 pyjamas ou chemises de nuit (facultatif)

- 5 pulls (été/hiver) **ET / OU**
- 5 gilets (été/hiver).
- 5 pantalons de survêtement.
- 5 robes ou collants-pantalons.
- 5 chemises ou chemisiers.
- 5 polos ou tee-shirts.
- 5 sweat-shirt homme.
- 1 manteau ou veste chaude.
- Chaussures, pantoufles confortables pour la marche

### DESCRIPTIF DU TYPE DE VETEMENTS RECOMMANDES POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

- Boutonnage des robes sur le devant souhaitable, de haut en bas, car cela facilite l'habillage.
- Chaussures : favoriser des chaussures prenant le pied, talon peu élevé, semelles antidérapantes, faciles à mettre.
- Favoriser les mi-bas pour les femmes (éviter les collants).
- Combi-pyjamas en coton.
- Favoriser les ensembles joggings au lieu des pantalons et chemises.
- Favoriser les polos à manches longues et à manches courtes - 5 de chaque.

**NB : L'ÉTABLISSEMENT FOURNIT LES CHANGES A USAGE UNIQUE ET LES CHEMISES OUVERTES POUR LA NUIT.**



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM ..... NOM PATRONYMIQUE .....

PRENOMS .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE .....

NATIONALITE .....

SITUATION FAMILIALE ..... MARIE(E) ..... VEUF(VE)  
 ..... CELIBATAIRE ..... DIVORCE(E)

DOMICILE .....

N° DE TELEPHONE .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE .....

CAISSE DE SECURITE SOCIALE ..... 100 % : OUI - NON

NUMERO DE MUTUELLE .....

CAISSE DE MUTUELLE .....

### PERSONNES A PREVENIR

NOM	LIEN AVEC LE RESIDENT	ADRESSE	TELEPHONE

### CAISSES DE RETRAITE

(A indiquer seulement si entrée au titre de l'Aide Sociale)

NOM	N° DE PENSION	ADRESSE	MONTANT

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

TUTELLE ..... CURATELLE ..... SAUVEGARDE DE JUSTICE .....

DATE DU JUGEMENT .....

PERSONNE DESIGNEE : .....

ADRESSE ..... N° DE TELEPHONE .....

PERSONNE DE CONFIANCE : .....

CHOIX DE POMPES FUNEBRES OU CONTRAT OBSEQUES : .....

## LA PERSONNE DE CONFIANCE

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes. Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.



La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas.
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.



La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.



Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

**NB : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.**

**La Direction**





Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Établissement Public

## ATTESTATION RELATIVE A L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Fonction(s) dans EHPAD Au Savel : \_\_\_\_\_

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

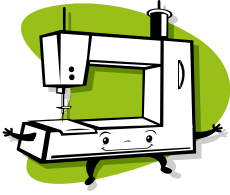
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Attestation signée à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du Directeur  
ou de son représentant

Co signature de la personne accueillie

## MARQUAGE DU LINGE



A l'attention des familles,

Le linge de votre proche doit être **obligatoirement** marqué avant l'entrée dans l'établissement.

Le marquage du linge de :

Monsieur / Madame : .....

Représenté (par) : .....

.....

S'effectuera :

Par vos soins avec des étiquettes cousues et brodées **à la machine** (et non collées) au nom et prénom du résident, avec de préférence sur les étiquettes, par mesure de sécurité, le rajout des mentions suivantes :  
AU SAVEL 04 93 91 66 70.

Par l'établissement au tarif de 20 euros pour 50 étiquettes thermos collées.

Cette obligation concerne également **TOUS NOUVEAUX VETEMENTS** apportés au cours du séjour. Nous vous demandons de marquer le linge comme il en convient et de le remettre aux aides-soignantes de l'étage concerné afin que le linge puisse être enregistré par le service blanchisserie.

Dans un souci d'amélioration, et afin d'éviter la perte redondante de vêtements, nous vous remercions d'avance pour votre coopération et votre compréhension.

Fait à..... Le.....

**Signature du représentant du Résident**

Avec la mention manuscrite « Je soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance de la présente Annexe »