



ÉTABLISSEMENT PUBLIC

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

LIVRET D'ACCUEIL

Doc-GS3-V2.doc



ÉTABLISSEMENT PUBLIC

SOMMAIRE

PAGES 2 A 5	DOSSIER D'ADMISSION.
PAGE 6	NOTICE D'INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE POUR SON ADMISSION EN EHPAD.
PAGE 7	FICHE DE RENSEIGNEMENTS.
PAGE 8	LA PERSONNE DE CONFIANCE.
PAGE 9	CONNAISSEZ-VOUS LES DIRECTIVES ANTICIPEES ?
PAGE 10	ATTESTATION RELATIVE A L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE.
PAGE 11	FORMULAIRE POUR LE MARQUAGE DU LINGE.
PAGE 12	MENTION D'INFORMATIONS RGPD (FALC).

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, comprenant une Unité de Vie Protégée (28 lits) et d'un PASA de jour et de nuit.

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,
- ✚ 2 cadres de santé,
- ✚ 1 IPA,
- ✚ 9 infirmiers,
- ✚ 44 aides-soignants,
- ✚ 1 psychologue,
- ✚ 1 ergothérapeute,
- ✚ 1 psychomotricienne
- ✚ 7 médecins traitants libéraux.

qui assurent une surveillance médicale permanente.

Des kinésithérapeutes, des orthophonistes et un podologue peuvent intervenir sur prescription médicale.

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.

II. TARIFS HEBERGEMENT ET DEPENDANCE AU 01.01.2023 :

A détailler avec tarif dépendance :

Ticket modérateur : **5.40 €** par jour soit **167.40 euros** sur une période de 31 jours.

Chambre à deux lits : **59.85 €** par jour soit **1855.35 euros** sur une période de 31 jours.

Chambre à un lit **66.05 €** par jour soit **2047.55 euros** sur une période de 31 jours.

Repas accompagnant : au 1^{er} janvier 2023 : 10.50 € en semaine, 15.00 € le dimanche et jours fériés, 22.00 € les jours de fêtes.

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

- ↵ Chambre.
- ↵ Repas.
- ↵ Blanchisserie.
- ↵ Animation.
- ↵ Coiffure (toutes les 12 semaines).
- ↵ Soins infirmiers.
- ↵ Marquage du linge.

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.



ÉTABLISSEMENT PUBLIC

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.

Bureau Gestion des Séjours : Mme CARAVEO Marie-France Tél : 04.93.91.66.73 Monsieur TIREL Marc Tél : 04.93.91.60.65 Accueil : Mme MALET Mayline 04.93.91.66.70	Service Soins : Mme DESCAMPS Anne Tél : 04.93.91.66.69 Mme BRUILLARD Karine Tél : 04.93.91.66.79 Mme GUERASSIMOFF Sophie Tél : 04.93.91.62.12	Psychologue Madame Patricia GALEANO Tél : 04.93.91.66.77 <hr/> Ergothérapeute Mlle FRANCOIS Morgane Tél : 04.93.91.66.88 <hr/>
Médecin coordonnateur - Docteur Nicole SALOMON Tél : 04.93.91.66.86		
Référent administratif - Madame BERNI Elodie 04.93.91.66.61		

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^{er} 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*

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Savon/Shampooing* ➤ Eau de toilette* ➤ Peigne ➤ Brosse à cheveux ➤ Mouchoirs en papier* 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentifrice + Brosse à Dents * <p>Si Prothèse dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ STERADENT ➤ Boîte à prothèse Dentaire ➤ Pâte dentaire (type COREGA)*
<p>L'établissement fournit le linge de toilette mais il est conseillé de fournir 5 serviettes de toilette, 3 draps de bain et 12 gants de toilette)</p>	
<p>En plus pour Monsieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rasoir sur batterie si possible sinon Electrique ou Jetable ➤ Mousse à raser 	

TROUSSEAU TYPE DE VETEMENTS

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 slips ou culottes. ➤ 10 paires de chaussettes (été/hiver), collants ou mi-bas femme. ➤ 10 tricot de corps. ➤ 7 combinaisons femme. ➤ soutien-gorge. ➤ 2 peignoirs (1 été/1 hiver). ➤ 7 pyjamas ou chemises de nuit (facultatif) ➤ 7 pulls (été/hiver) ET / OU 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 7 gilets (été/hiver). ➤ 7 pantalons de survêtement. ➤ 7 robes ou collants-pantalons. ➤ 7 chemises ou chemisiers. ➤ 7 polos ou tee-shirts. ➤ 7 sweat-shirt homme. ➤ 1 manteau ou veste chaude. ➤ Chaussures, pantoufles confortables pour la marche
<p>Pour la période d'été :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 chapeau/casquette ➤ 1 crème solaire 	

DESCRIPTIF DU TYPE DE VETEMENTS RECOMMANDES POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<p>NB : L'ÉTABLISSEMENT FOURNIT LES CHANGES A USAGE UNIQUE ET LES CHEMISES OUVERTES POUR LA NUIT.</p>

Le consentement de la personne pour son admission en EHPAD Notice d'information à l'intention des familles

Préambule :

L'obtention du consentement de la personne pour son admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est une obligation légale, un devoir inaliénable au respect de la dignité de la personne.

Les articles L311-3 du CASF et L1111-4 du Code de la Santé Publique obligent le corps médical à respecter la volonté de la personne et à recueillir son consentement pour toutes décisions relatives à sa santé.

L'article 1 « Choix de vie » de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie stipule que « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement ».

Lorsque le maintien à domicile d'une personne devient difficile, les familles, en souffrance, soucieuses de la mise en sécurité de leur proche sont amenées à faire des demandes d'admission en EHPAD. Il arrive que le consentement de la personne âgée ne soit pas recherché et de fait, la qualité de son intégration au sein de l'institution peut être compromise.

Information et consentement :

La participation du futur résident à la décision de son entrée dans l'établissement est primordiale. Son adaptation à la structure n'en sera que facilitée.

Le consentement de la future personne accueillie est intimement lié à l'information qu'on lui délivre. L'information apportée est décisive pour obtenir le consentement de la personne. Pour se faire, il est important d'avoir une totale coopération entre le corps médical (médecin traitant, coordonnateur, ou du service d'hospitalisation) et la famille. Une information claire permettra à la personne âgée de mieux se projeter dans l'avenir et d'accepter plus facilement l'idée d'un nouveau lieu de vie.

Avant toute demande d'admission, nous vous demandons, à vous, famille/proche, d'informer et de recueillir, au préalable, le consentement du futur résident. Il est indispensable de ne lui dissimuler aucun élément en lien avec son devenir. Nos équipes soignantes se tiennent à votre disposition pour vous soutenir dans cette démarche.

Coupon à signer, à découper et à retourner au service de la gestion des séjours

Je soussigné(e), M(me).....*, reconnait avoir pris connaissance de la notice sur le recueil du consentement de la personne pour son admission en EHPAD.

*Indiquer votre lien de parenté (enfant, neveu, proche).....

Signature :



ÉTABLISSEMENT PUBLIC

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.



ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



Connaissez-vous les Directives Anticipées ?

C'est une déclaration écrite qui précise les souhaits concernant la fin de vie.

Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner si vous ne pouvez plus exprimer vos volontés (limiter ou arrêter les traitements en cours, être soulagé de vos souffrances même si cela mène au décès, être transféré en réanimation.....).

Au-delà du respect de vos droits et libertés à vous exprimer, c'est l'occasion d'y penser avec vos proches et/ou une personne de confiance que vous aurez choisie, afin que vos volontés soient assurées.

Pour plus de renseignements et pour répondre à vos questions sur la démarche à suivre concernant ces formalités, vous pouvez prendre rendez-vous avec le Docteur Nicole SALOMON, médecin coordonnateur ou Madame GALEANO Patricia, psychologue.

Vous avez également la possibilité, dans un premier temps, de visiter notre site internet www.ausavel.fr « Directives Anticipées ».

Le respect de vos valeurs est aussi une de nos priorités.

Le Directeur

Gaëlle LEANDRI



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,

Nom / Prénom du résident :

Représenté(e) (par)

Le linge de votre proche est marqué par l'établissement.

Pour **TOUS NOUVEAUX VÊTEMENTS** apportés au cours du séjour, nous vous demandons d'identifier le linge comme il convient et de le remettre dans les casiers prévus à cet effet au niveau de l'accueil de l'établissement à l'aide du formulaire dédié. Clé et formulaires sont à récupérer auprès du personnel de l'accueil du lundi au vendredi de 08h30 à 17h et le samedi/dimanche de 08h30 à 16h30 (procédure réservée au réassort de linge au cours de séjour).

Le linge du résident sera pris en charge par le service de blanchisserie après accord indiqué sur le formulaire dudit service.

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 »

Mentions d'informations RGPD (FALC)

1. Mes données sont gardées par une personne de confiance

EHPAD Au Savel

459 route de Berre 06390 CONTES

L'EHPAD s'engage à protéger et à respecter la confidentialité de mes données.

2. Mes données sont collectées pour une bonne raison



L'EHPAD a besoin de mes données pour m'aider au quotidien dans mon hébergement.

L'EHPAD pourra aussi avoir des informations sur mon état de santé pour mieux s'adapter à mes besoins.

3. Mes données sont demandées de manière justifiée (licéité du traitement)



L'EHPAD m'a demandé mon autorisation avant d'utiliser les informations sur mon état de santé et sa demande est justifiée.

4. *Mes données sont partagées avec des personnes (destinataires des données)*



L'EHPAD partage mes données avec les professionnels en charge de venir m'aider pendant ma présence à l'EHPAD.

Ces professionnels ont l'obligation de garder le secret de ces informations.

L'EHPAD partage également mes données avec les professionnels de l'administration qui prennent en charge mon hébergement.

5. *Mes données sont stockées et sécurisées pendant un temps défini (durée de conservation des données)*



L'EHPAD conserve mon dossier médical pendant 20 ans après la fin de mon séjour.

6. *J'ai des droits sur mes données (droits des personnes)*

RGPD : les droits de la personne



L'EHPAD me garantit la possibilité d'accéder, effacer, rectifier, limiter et déplacer mes données comme je le veux.

7. *Je ne suis pas seul pour exercer mes droits*

L'EHPAD dispose d'une personne qui peut m'aider si je souhaite avoir des informations sur mes données ou si je veux exercer mes droits.



Délégué à la protection des données (DPO) / Référent-RGPD

Par email :
dpo@ausavel.fr

OU

Par courrier :
459 route de Berre 06390 CONTES



L'organisme Français spécialiste des données personnelles peut aussi m'aider.