

EHPAD

Résidence Valérie



Dossier d'admission

EHPAD RESIDENCE VALERIE

PLACE DU SANA

59182 Montigny en Ostrevent

Tel : 03 27 954 954

ehpad.residencevalerie@gmail.com

Site internet : <https://www.residencevalerie.com/>

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande d'admission à l'**EHPAD Résidence Valérie**, je vous prie de trouver ci-joint la liste des documents nécessaires à la prise en compte de votre admission.

Votre entrée au sein de l'établissement ne pourra être confirmée qu'à l'issue de la remise complète de l'ensemble des documents demandés, après avis favorable de la commission d'admission.

Vous remerciant pour la confiance que vous nous accordez,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

M. Dimitri WIDIEZ

Directeur

Documents à fournir pour l'admission

Pièces administratives :

- Photocopie ou original de la carte d'identité ;
- Photocopie de la carte de séjour en cours de validité si nécessaire ;
- Photocopie du livret de Famille ;
- Photocopie du dernier avis d'imposition ;
- Photocopie de l'attestation papier de la carte de Sécurité Sociale et de la carte de mutuelle ;
(les cartes originales devront être données le jour de l'entrée) ;
- Photocopie de l'assurance responsabilité civile en cours ;
- Fiche accueil et habitudes de vie ;
- Attestation d'assurance « hébergement » à la Résidence Valérie (biens, objets personnels, responsabilité civile) ;
- Photocopie de tous les justificatifs de ressources, d'épargne, de biens, des trois derniers mois ;
- Photocopie de l'attribution de l'allocation logement ;
- Photocopie de l'attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) ;
- Photocopie de la demande de l'Aide sociale ;
- Photocopie du contrat obsèques ;
- Coordonnées des pompes funèbres ;
- Remplir toutes les autorisations des familles et le consentement éclairé
- RIB avec la demande de prélèvement si choisi pour les séjours indéterminés ;
- Chèque de caution remis le jour de l'admission (ne sont pas concernés les séjours temporaires).

L'entrée pourra être différée si tous les documents administratifs et médicaux ne sont pas fournis avant le jour prévu de l'admission

HEBERGEMENT
ET
VIE SOCIALE

TROUSSEAU – ENTRETIEN DU LINGE

Concernant le **linge personnel de vos ainé(e)s**, vous devez effectuer le **marquage de l'ensemble du trousseau** à l'aide d'**étiquettes spécifiques thermocoller ou cousues** où sont indiqués **les noms et prénoms du résident et le nom de l'établissement « Résidence Valérie »**, afin de faciliter la **traçabilité du linge**.

Seuls les vêtements non fragiles qui passent au sèche-linge et **qui peuvent être lavés en machine sont acceptés**. En cas de détérioration du linge non conforme, la Résidence Valérie ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable.

Par ailleurs les vestes (tailleurs, costumes), les cravates, les manteaux, les couvre – lits personnels, housse de couette, chaussures, pantoufles et couvertures personnelles ne sont pas pris en charge par l'établissement.

Modalités :

2 semaines avant l'entrée : Déposer, dans la mesure du possible, le linge, afin qu'il soit étiqueté si vous en faites le choix.

Jour J : un inventaire sera établi par la chef lingère et/ou la lingère.

Par la suite, si vous êtes amené à apporter d'autres vêtements, vous pouvez les déposer dans un casier prévu à cet effet, qui se trouve en face de la machine à café au RDC Patio (mettre le linge dans un sac avec le nom et prénom du résident et indiquer votre dépôt sur la feuille de traçabilité prévue à cet effet) ou les remettre en lingerie directement.

L'établissement se dégage de toute responsabilité dans le cas où tout autre dépôt aurait été réalisé en dehors des modalités citées ci-dessus.

Vêtements	Quantité à prévoir
Paire de bas, chaussette, collant	10
Châle	1
Caleçon ou culotte ou slip	10
Chemise de nuit ou pyjama	6
Chemise(ier)	4
Draps de bain	3
Fond de robe et / ou maillots de corps	8
Foulard	1
Gant de toilette	12 clairs- 12 foncés
Gilet	4
Jupe / robe / pantalons	8
Paire de pantoufle	2
Plaid (non obligatoire)	
Polo / tee shirt	4
Pull	4
Robe de chambre été et hiver	1
Soutien-gorge (si dans les habitudes)	6
Serviette de toilette	12 serviettes claires - 12 serviettes foncées
Manteau été et hiver	1

Petite valise ou sac de voyage en cas d'absence temporaire

Nom et prénom du Résident :

Nom et prénom du signataire :

A PREVOIR EGALEMENT LE JOUR DE L'ENTREE

Le nécessaire de toilette :

- Savon, Shampoing, Eau de Cologne, déodorant ;
- Peigne, brosse ;
- Brosse à dents, dentifrice, colle dentaire, verre à dents, boîtier de trempage pour prothèse dentaire ;
- Cotons tiges ;
- Rasoir électrique, après-rasage, mousse à raser ;
- Pince à épiler et brosse à ongles.

L'établissement peut également fournir certains produits de toilettes, ceux-ci vous étant refacturés en fin de mois. (Gel douche, shampoing, eau de Cologne, mousse à raser, déodorant)

Les éléments facultatifs :

- Un téléphone (la chambre possédant une prise téléphonique). Adressez-vous à l'accueil pour toute ouverture de ligne ;
- Une télévision, radio, réveil, un ventilateur ;
- Des meubles et accessoires (photos ...) familiers du résident afin de faciliter l'adaptation à son nouvel environnement ;
- Si le résident a une activité régulière (tricot ...), vous pouvez fournir le nécessaire.

Ce que vous devez impérativement fournir

- Les médicaments, ordonnances et carte vitale du résident
- Un réveil, une pendule, une montre ou autre pour que le résident ait un repère temporel.

VOS LOISIRS ET VOS SOUHAITS

Merci de bien vouloir remplir ce court questionnaire, utile à l'organisation de l'Animation

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Ancienne Profession

Comment occupez-vous vos temps libres ?

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

Pratiquez-vous des activités manuelles ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

.....

Pratiquez-vous des activités physiques ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? (Exemple : Marche, Vélo, Gymnastique)

Aimez-vous faire la cuisine ? OUI NON

Quel plat aimez-vous déguster en particulier ?

.....
.....

Aimez-vous lire ? OUI NON

Si oui, quels genres de livre ?

.....
.....

Aimez-vous faire du sport ? OUI NON

Si oui quel genre ?

.....

Souhaitez-vous assister à la messe qui a lieu une fois par mois OUI NON

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Certifie :

Accepter :

D'être pris(e) en photo dans l'établissement et lors des activités extérieures à condition que celles-ci ne soient pas diffusées en dehors de l'EHPAD RESIDENCE VALERIE de Montigny en Ostrevent.

Refuser :

Nom – Prénom – signature

Du patient et/ou personne de confiance

Nom – Prénom – signature

de la personne recueillant le consentement

Fait à Montigny-en-Ostrevent, le

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez si vous le souhaitez, désigner une **PERSONNE DE CONFIANCE** que vous choisirez librement dans votre entourage. Celle-ci peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez, s'exprimer au nom du résident et non en son nom propre.

Quel est son rôle ?

- A votre demande, la personne de confiance peut vous accompagner lors de l'entretien qui vise à rechercher votre consentement pour entrer en EHPAD,
- Celle-ci peut proposer de réviser l'annexe au contrat de séjour visant à assurer votre sécurité et votre intégrité physique (exercice de sa liberté d'aller et venir)
- Elle peut être consultée lorsque vous rencontrez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits
- Enfin, elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

Vous pourrez également confier à votre personne de confiance vos DIRECTIVES ANTICIPEES.

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

Désigne comme personne de confiance Madame, Monsieur :

Nom Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

Tel : Portable :

Lien avec la personne (parenté, médecin traitant, proche etc..) :

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

- Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement
- Jusqu'à ce que j'en décide autrement

J'ai bien pris en compte que ma personne de confiance désignée ci-dessus :

- Pourra, à votre demande, vous accompagner lors de l'entretien qui vise à rechercher votre consentement pour entrer en EHPAD ;
- Pourra proposer de réviser l'annexe au contrat de séjour visant à assurer votre sécurité et votre intégrité physique (exercice de la liberté d'aller et venir) ;
- Pourra être consultée lorsque vous rencontrez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits ;
- Enfin, elle pourra vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.
- **Sera informée par mes soins de cette désignation. Je devrais m'assurer de son accord.**

Signature de la personne désignée

Fait à, le

Signature

SOINS
ET
DEPENDANDE

TRANSMISSION DES DOCUMENTS MEDICAUX

Afin de permettre une continuité de soins de qualité à l'entrée de votre proche au sein de notre établissement, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir au plus tard dans les 2 jours avant la date d'entrée, les documents et/ou informations suivantes :

- Les derniers comptes rendus d'hospitalisation et de consultation
- La liste et les coordonnées des médecins spécialistes qui suivent le futur résident
- Une ordonnance valable du type de régime et texture suivis par votre parent
- Une copie du dernier bilan sanguin complet
- Si intervention d'un kinésithérapeute, orthophoniste à domicile..., transmettre l'ordonnance en cours ou le renouvellement des séances
- Une ordonnance valable avec les thérapeutiques suivis
- Si votre parent nécessite la mise en place de barrières de lit, contention ou autres matériels médical, fournir une ordonnance avec les besoins précis
- La désignation d'un médecin traitant

Ces documents devront être adressés à l'infirmière coordinatrice par mail ou sous pli confidentiel (à déposer à l'accueil) :

Madame Reignoux Julie

julie.reignoux.ehpad@gmail.com

AUTORISATION DES FAMILLES

Je, soussigné, Monsieur, Madame, (lien de filiation) ou son représentant légal :

.....

De Mr ou Mme.....

Demeurant.....

.....

Autorise en cas d'urgence, tout médecin à intervenir sur l'état de santé de ma mère, mon père,

..... ci-après désigné en qualité de résident à l'EPHAD RESIDENCE

VALERIE, Place du SANA, 59182 Montigny en Ostrevent.

Je ne vois aucune contre-indication à ce que mon parent soit adressé au centre hospitalier public le plus proche.

J'autorise également mon parent à pratiquer toutes les activités sociales, culturelles, ludiques et kinésiques correspondant à son état de santé et cela en référence au projet d'animation. Cette pratique des activités est consentie sous le respect de la volonté de la personne concernée.

J'autorise également les soignants de nuit à s'enquérir de l'état de santé de notre parent pendant les rondes de nuit.

Pour servir et valoir ce que de droit, je délivre la présente attestation.

Montigny en Ostrevent, le.....

Signature (avec mention « lu et approuvé »)

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « Directives Anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

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

Cette démarche n'est pas obligatoire, mais vivement recommandée.

[A quoi servent les directives anticipées ?](#)

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

[Comment rédiger vos directives anticipées ?](#)

Vous devez être majeur.

Vous devez être en capacité d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.

Vous devez écrire vous-même vos directives. Elles doivent être datées, signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à votre personne de confiance.

Vous pouvez indiquer dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie. (Ex : acceptation ou refus de traitement, respect de la demande de non-acharnement thérapeutique, soins de confort ...) et votre décision pour le don d'organes, parlez-en avec votre médecin.

[Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?](#)

À tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement. Il n'y a pas de limite de temps.

Pensez à en informer votre personne de confiance.

Les directives anticipées constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Le médecin les appliquera en fonction des circonstances de votre état de santé ou de l'évolution des connaissances médicales et aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je, soussigné(e), nom, prénom :

Né(e) le :à

Enonce ci-dessous mes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

- Je souhaite bénéficier des mesures palliatives adéquates m'assurant un confort optimum (médecine, soins, etc.)
- Que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou autres symptômes pénibles tels que la détresse respiratoire, la soif, etc., même si les analgésiques devaient altérer mon état de conscience et/ou ma santé.
- On renoncera ainsi à appliquer toutes les mesures qui n'auraient pas pour objectif d'alléger ces symptômes.
- Je ne souhaite ni alimentation artificielle ni hydratation par perfusion en état d'agonie.

Je souhaite que l'on renonce à toutes les mesures visant la prolongation de la vie,

- Si le pronostic médical me concernant est sans espoir.
- Si mes fonctions vitales font défaut et que mon état mène inexorablement au décès.
- Je ne souhaite en aucun cas être réanimé(e)

Si (et seulement si) les atteintes cérébrales devaient être telles qu'elles ne me permettent plus de reprendre conscience,

- Je souhaite que les traitements soient interrompus
- Je souhaite éviter toute réanimation visant à prolonger ma vie.

Je souhaite

- Que la prise en charge soit effectuée dans l'établissement **EHPAD Résidence Valérie** selon mon concept d'accompagnement.
- Que la prise en charge soit effectuée en milieu hospitalier.

J'atteste avoir rempli ce document après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés.

A Le :

Signature :

Modification :

A..... Le:.....

Signature :

CHOIX DU MEDECIN TRAITANT

Feuille à remplir et à signer par **la personne entrant à l'EHPAD Résidence Valérie** (ou par son représentant familial ou légal en cas d'impossibilité)

Nom Prénom du résident :

NOM et Prénom et adresse , du médecin traitant **AVANT** l'entrée à L'EHPAD Résidence Valérie :

.....
.....

Celui-ci s'engage-t-il à vous suivre au sein l'établissement OUI NON

Dans le cas où celui-ci ne continuera pas de vous suivre ; nous vous invitons à contacter un des médecins dans la liste proposée ci-dessous :

	Adresse	Numéro de téléphone
Dr BOUSSAERT	20 rue de la fabrique, 59176 Masny	03.27.91.86.13
Dr DEFER	151 rue Lusanger, 59167 Lallaing	06.37.92.30.45
Dr HYBIAK	62 rue du 8 mai 1945, 59176 Masny	03.27.88.35.32
Dr NUTTE	Cité du Sana groupe de la ferme, 59182 Montigny-en-Ostrevent	03.91.84.01.65
Dr SCHALON	305 avenue Raymond Honoré, 59182 Montigny-en-Ostrevent	03.27.80.48.92
Dr SUAU	151 rue Lusanger, 59167 Lallaing	07.50.47.27.90

Nom et prénom du médecin choisi pendant son séjour à l'EHPAD résidence Valérie :

.....

Date et signature du résident :

Date et signature de l'aidant qui
qui l'assiste dans les démarches :