RESIDENCE Anne de Ponte

Dossier reçu par le Service Administratif
le :……/……./…….

## Dossier complémentaire

# HABITUDES DE VIE

## NOM ET PRENOM :

……..



A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION *(CERFA)*
&
*A COMPLETER POUR TOUTE DEMANDE D'ENTREE A LA RESIDENCE*

*74 rue Paul Roux Boulevard Roumanille 84260 SARRIANS*
*Tél. : 04.90.65.41.44 Fax : 04.90.65.31.51*

## PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR

□ 1 Photographie d'identité (facultatif)

□ carte nationale d'identité et Livret de famille
(ou extrait d'acte de naissance)

□ carte vitale (à fournir le jour de l'entrée)

□ Attestation papier d'assurance maladie

□ Carte de complémentaire santé

□ Justificatifs de ressources : attestations fiscales des retraites

□ 3 derniers relevés de compte

□ Le relevé des capitaux

□ Pour les propriétaires, avis fiscal de taxe foncière

□ Pour les locataires, 3 derniers justificatifs de loyer

□ Un relevé d'identité bancaire ou postal

□ Avis d'imposition ou de non imposition

□ Attestation d'assurance de responsabilité civile vie privée

□ L'acte de caution solidaire complété par tous les enfants

□ En cas de protection juridique : ordonnance du jugement

□ Pour les étrangers : copie du titre de séjour

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE EXAMINE**

# VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

Avez vous déjà eu une expérience de vie en Maison de retraite ? □ oui □ non

La demande d'entrée actuelle est établie par : .....

Pour la personne concernée :

Qu'est ce qui motive cette demande d'entrée :

* La question de l'autonomie?.....
* La question de l'isolement? .....
* Les conditions de logement? .....
* Autres : .....

Que pensez-vous de votre démarche ? .....

.....

.....

*Rappel* : ***l'information et l'accord de l'intéressé(e) sont essentiels à son admission conformément à l'article 311.3 du code de l'action sociale et des familles—3ème alinéa.***

Si vous vivez habituellement à domicile, c'est:

En tant que: □ propriétaire □ locataire □ hébergé(e) à titre gracieux

Dans le cas où vous ne vivez-pas seul(e) : *(sinon passez à la question suivante)*

Avec qui vivez-vous ?

Nom:..... Prénom:.....

Votre organisme de sécurité sociale :.....

.....Taux de prise en charge : .....

□ ALD (Affection Longue Durée) □ CMU (Couverture Maladie Universelle)

Votre mutuelle : ..... numéro :.....

Adresse : .....

.....

Éventuellement : □ CMU Complémentaire □ chèque santé

ou □ prise en charge à l'Aide Sociale si vous êtes déjà en établissement

Quelle profession avez-vous exercée ?.....

Quelle était la profession de votre conjoint(e) ? : .....

* Bénéficiez-vous d'une pension militaire d'invalidité ? □ oui □ non

Caisse(s ) de retraite :

- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....

Autres ressources (*AAH, rente accident du travail, placements, revenus de l'immobilier…*) :

.....

.....

.....

En cas de succession, à quel notaire doit-on s'adresser?.....
.....

Avez vous une convention obsèques ? □ oui □ non

Si oui, laquelle ? : .....

Si non, avez-vous consulté des sociétés funéraires ? □ oui □ non

Si oui, coordonnées de la société retenue .....
.....

En cas de décès, quelles dispositions souhaiteriez-vous appliquer ?

Le dépositoire l'Athanée à Carpentras ? □ oui □ non

Le retour au domicile d'un proche? □ oui □ non

Préciser le lieu : .....
.....

La résidence Anne de Ponte ? □ oui □ non

La crémation ? : □ oui □ non

Disposez-vous d'un caveau ? □ oui □ non

Lieu de sépulture :.....
.....

Avez-vous d'autres souhaits particuliers à nous indiquer (bijoux, vêtement…)?:
.....

.....

# ADRESSE DU CORRESPONDANT

Je soussigné, Monsieur, Madame, Mademoiselle .....

Résident(e) de la Résidence Anne de Ponte de Sarrians, déclare que pour mon séjour :

Mon courrier personnel doit être remis : ☐ A moi-même

☐ À la personne désignée ci-dessous

**(dans ce cas fournir obligatoirement des enveloppes de réexpédition timbrées)**

Monsieur, Madame ou Mademoiselle .....

Demeurant à .....

.....

Adresse mail : .....

La facturation du séjour doit être remise :

☐ A moi-même

☐ A la personne désignée ci-dessous

Monsieur, Madame ou Mademoiselle .....

Demeurant à .....

.....

.....

Date : signature :

*******

# EN CAS D'URGENCE

Qui doit-on prévenir ?

**1/** Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone du domicile : .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone du travail : .....

A quel moment ? □ jour □ nuit

**2/** Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

.....

N°de téléphone du domicile: .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone du travail : .....

A quel moment ? □ jour □ nuit

# VOS CONTACTS, VOS LOISIRS, ET VOS SORTIES…

Avez-vous des contacts avec :

. vos voisins □ oui □ non
. des amis □ oui □ non
. votre famille (autre que vos enfants) □ oui □ non

Avez-vous des animaux ? □ oui □ non

Regardez-vous la télévision ? □ oui □ non

Quand ? □ matin □ midi □ soir

Ecoutez-vous la radio ? □ oui □ non

Quand ? □ matin □ midi □ soir

Lisez-vous ? □ oui □ non

Quel genre de livres ou revues ? .....

Ecoutez-vous de la musique ? □ oui □ non

Quel style?.....

Aimez-vous les sorties ? □ oui □ non

Quel genre de sorties ?.....

.....

Quelles sont les activités que vous pratiquez ?

□ jeux de sociétés
□ travaux manuels intérieurs
□ travaux manuels extérieurs
□ musique, chants
□ autre (à préciser)

□ jardinage
□ promenades
□ voyages
□ informatique
□ sport

.....

Faites-vous partie :

□ d'un club
□ d'une association
□ d'une chorale
□ autre (à préciser)

.....

Allez-vous régulièrement chez le coiffeur ? □ oui □ non

L'esthéticienne ? □ oui □ non

Attachez-vous de l'importance à votre tenue vestimentaire ?

□ oui □ non

Vos commentaires

# LE RYTHME DE VOTRE JOURNEE ?

## LE MATIN

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous lever ? .....

Que prenez-vous pour votre petit déjeuner ? .....

Quelles sont vos activités le matin?

.....

## LE MIDI

A quelle heure avez-vous l'habitude de déjeuner ? .....

Que prenez-vous à déjeuner ?

| | | |
|---|---|---|
| . entrée | □ oui | □ non |
| . viande (poisson) | □ oui | □ non |
| . légumes | □ oui | □ non |
| . Féculents | □ oui | □ non |
| . fromage | □ oui | □ non |
| . dessert | □ oui | □ non |

Quelles sont vos activités l'après-midi ?.....

.....

Avez-vous l'habitude de prendre une collation ? .....

Vos commentaires

## LE SOIR

A quelle heure avez-vous l'habitude de dîner? .....

Que prenez-vous pour votre dîner ?

| | | |
|---|---|---|
| . entrée ou potage | □ oui | □ non |
| . Viande ou poisson | □ oui | □ non |
| . féculents | □ oui | □ non |
| . légumes | □ oui | □ non |
| . fromage | □ oui | □ non |
| . dessert | □ oui | □ non |

Quelles sont vos activités de la soirée ?.....

.....

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ?

.....

## VOS REPAS

Suivez-vous un régime alimentaire? □ oui □ non

Pourquoi ? □ pour raison de santé
□ pour convenance personnelle

Quels sont vos plats préférés ?.....

.....

Quels sont les aliments que vous n'aimez vraiment pas ?.....

.....

Qu'avez-vous l'habitude de boire ?

□ eau □ café □ vin □ thé □ bière □ infusion □ autres (à préciser) :

.....

Avez-vous une allergie alimentaire connue, si oui laquelle ? *

.....



***l'EHPAD ne peut pas garantir l'absence totale d'allergène dans les plats***

## VOTRE HYGIENE

Vos commentaires :

Préférez-vous faire votre toilette ?
□ au lavabo □ à la douche
□ à la baignoire

La faites-vous ?
□ le matin □ le soir

Souhaitez-vous que l'entretien de votre linge soit effectué :
□ par la Résidence □ par la famille

## VOS BESOINS QUOTIDIENS

Portez-vous :

| | | |
|---|---|---|
| des lunettes ? | □ oui | □ non |
| un appareil auditif ? | □ oui | □ non |
| un appareil dentaire ? | □ oui | □ non |
| - Haut | □ oui | □ non |
| - Bas | □ oui | □ non |

Utilisez-vous :

| | | |
|---|---|---|
| une canne ? | □ oui | □ non |
| un déambulateur ? | □ oui | □ non |
| un fauteuil roulant ? | □ oui | □ non |
| un lit médicalisé ? | □ oui | □ non |
| des barrières de lit ? | □ oui | □ non |

Utilisez -vous :

des changes anatomiques ? □ oui □ jour □ nuit □ non
des changes complets ? □ oui □ jour □ nuit □ non
Combien de changes par jour ? .....

Avez-vous des difficultés pour vous repérer:
Dans le temps ? □ oui □ non
Dans l'espace ? □ oui □ non

## VOTRE SUIVI MEDICAL

Par quel médecin souhaitez-vous être suivi à la Résidence ?

.....

Avez-vous un autre praticien (spécialiste) que vous souhaitez garder ? .....

.....

Avez-vous d'autres indications à nous fournir ? .....

.....

.....

# ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(article 2011 à 2043 du Code Civil)
(à établir en deux exemplaires)

RESIDENCE Anne de Ponte

**NOM et Prénom du Résident : ----------**

**Caution signataire du présent engagement**
NOM et PRENOM :.....

Domicile :.....

.....

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de *(mettre la somme en toutes lettres)* :

.....Euros.

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général de Vaucluse.

Après avoir pris connaissance des tarifs en application pour les frais de séjour et du Règlement de Fonctionnement affiché dans les locaux, le signataire du présent acte de cautionnement déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de la Résidence « Anne de Ponte » à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et des conditions de séjour-règlement de fonctionnement pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de la Résidence pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci après :

« Je me porte caution solidaire en renonçant au bénéfice de division et celui de discussion défini à l'article 2298 du Code Civil et en m'obligeant solidairement avec les autres obligés alimentaires, pour les obligations en principal, intérêts, frais et accessoires nés au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année dans les conditions règlementaires et légales par arrêté du Président du Conseil Général, et révisables unilatéralement,

Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne résidente, si cette dernière ne peut bénéficier de l'A.P.A.

Dans la limite du temps de présence du résident dans l'établissement, générateur des frais liés à sa prise en charge pour les créances passées et en cours (montant global ainsi calculé), puis éventuellement décidés de l'en retirer ou de continuer à en assurer les frais à venir.»

*Mention manuscrite de la caution :*

Fait à .....  le,.....

**LA CAUTION**

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé pour caution solidaire »

**Le Représentant de la Résidence**
Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé, bon pour acception »

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

*(suivant article L.1111-6* Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9 du *02/02/16)*

Vous allez être admis en EHPAD et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera votre porte parole et pourra recevoir les informations médicales à votre place.

Cette désignation est facultative. **La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès; sa mission ne concerne que votre santé.**

La personne de confiance a plusieurs missions, vous devez avoir au préalable recuilli son accord. Elle 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 : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.
* si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Cochez la case correspondante :

☐ **je ne désigne personne** *(dans ce cas ne pas remplir le questionnaire)*

☐ **je souhaite désigner la personne de confiance ci-après :**
**:**

**Nom et prénom** : .....

**Adresse** : .....

.....

Tél. : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

**Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.**

*Le …/…/…* *Signatures : du résident* *de la personne de confiance*

..... .....

## DROIT A LA VIE PRIVEE et AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

Résident(e) : Madame Monsieur ——————————————————————
Ou son Représentant légal (précisez) :——————————————————————
*COCHEZ LA CASE SOUHAITEE*

☐ **Autorise la RÉSIDENCE ANNE DE PONTE** à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies représentant le résident ci-dessus mentionné, ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, principalement à des fins d'informatisation de dossier et d'identitovigilance. Il est entendu que l'EHPAD s'interdit expressément une exploitation de l'image et des photographies susceptibles de porter atteintes à la vie privée du résident.
La chambre du résident demeure un lieu de vie privé.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :
- Utilisation dans le cadre de l'informatisation du dossier patient
- Publication dans une revue, ouvrage ou journal
- Présentation au public lors d'une exposition - Bulletin municipal - Site internet - Pla quette de communication -Réseaux sociaux

Je sais que je suis libre de révoquer ma décision à tout moment.

☐ Je refuse

### ACCES A L'ESPACE PRIVATIF

Le résident, en signant son contrat de séjour, donne sa position de principe pour permettre aux inspecteurs relevant de l'article L.1421-1 du Code de santé publique d'accéder aux parties privatives telles que les chambres, dans le cadre des inspections sur site régulières ou exceptionnelles. Ces visites ont pour objectif de vérifier la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Les conditions suivantes s'appliquent pour ces visites :
Les inspecteurs s'engagent à respecter la vie privée et la dignité du résident lors de ces visites.
Les inspections se feront de manière discrète et respectueuse.
La présence au sein d'une même chambre sera limitée à deux membres de la mission d'inspection
Toute information recueillie lors de ces visites sera traitée avec la plus grande confidentialité et uniquement utilisée dans le cadre de l'inspection.
En toute circonstance et à tout moment, le résident conserve son droit d'opposition à la visite de ses parties privatives. À ce titre, il peut exercer ce droit au moment de l'inspection.

☐ **Accord** pour permettre aux inspecteurs d'accéder à mon espace privatif

☐ Refus de permettre aux inspecteurs d'accéder à mon espace privatif

Fait à ——————————————- le——————————————

Signature : résident(e)——————————Autre (précisez) :——————————

## DROIT A L'INTEGRITE

Autorisation de l'équipe soignante de l'établissement à réaliser un prélèvement pour rechercher une infection par les virus des hépathites B ou C ou par le virus de l'immunodéficience humaine VIH, dans le cas où le dénommé résident de ce présent formulaire serait la source d'un accident par exposition au sang survenu chez un membre du personnel de la Résidence Anne de Ponte.

J'atteste avoir reçu une information claire et compréhensible et que toutes les réponses à mes questions ont été données.

Fait à ——————————————- le——————————————

Signature : résident(e)——————————Autre (précisez) :——————————

# AUTORISATIONS DU RESIDENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

## 1 - LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Le dossier médical partagé (D.M.P.) est la mise en ligne des informations médicales du patient, de manière hautement sécurisée, à destination des professionnels de santé. Il permet la coordination de tous les acteurs de santé. La Résidence le met en place avec votre consentement.

☐ Accord ☐ Refus

## 2 - LA VACCINATION :

Autorisez vous la Résidence Anne de Ponte, sous couvert du médecin traitant, à procéder à toutes les couvertures vaccinales nécessaires :

Grippe saisonnière ☐ Accord ☐ Refus Pneumocoque ☐ Accord ☐ Refus

COVID ☐ Accord ☐ Refus DTPC ☐ Accord ☐ Refus

## 3 - PEDICURE :

Autorisez-vous, en cas de besoin (constaté par le service des soins), l'intervention d'un-e pédicure, sans vous contacter au préalable pour programmer le rendez-vous.
*Le praticien effectuera une facture de son acte et vous la transmettra.*

☐ Accord ☐ Refus

## 3 - BILAN BUCCO-DENTAIRE :

Un chirurgien dentiste d'un organisme agréé se déplace dans notre structure pour :

* faire un bilan bucco-dentaire
* Informer sur le type de soins à réaliser
* Peut éventuellement intervenir pour la réalisation de petits soins

Cela évite aux résidents de se déplacer en cabinet dentaire pour toutes consultations. Le bilan sera remis au médecin traitant du résident, qui jugera s'il est nécessaire de prévoir un rendez vous dans un cabinet dentaire.

☐ Accord ☐ Refus

## 6 - OPTICIEN ET/OU AUDIOPROTHESISTE :

Un opticien et un audioprothésiste agréés avec l'EHPAD peuvent intervenir ponctuellement dans l'EHPAD, afin d'offrir à l'ensemble des résidents un bilan optique ou auditif.
A la suite de ce bilan, des résultats et des préconisations, vous serons communiqués. Si nécessaire un devis pourra être établi pour la réalisation d'un équipement et vous sera soumis.

☐ Accord pour la pratique d'un bilan ☐ Refus pour la pratique d'un bilan

Fait à Sarrians, le - - - - - - - - - - - - - - - -

Nom et Prénom du résident :

signature du résident
ou du représentant légal-

- - - - - - - - - - - - - - - -

## 1- FORMULAIRE DE DECLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRÉ DU PATIENT TELECONSULTATION ET/OU TELEEXPERTISE

*Vu les articles L. 1111-2, L. 1111-4, R. 4321-83 et R. 4321-84 du code de la santé publique ;*

**Je soussigné(e), Mme ou M.** *(résident, représentant légal, personne de confiance, proche)*

**NOM :** _____

**PRENOM :** _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/_____ à [Ville] _____

**En ma qualité de** *(cocher la case correspondante)* ☐ **résident** de l'EHPAD

Ou ☐ **représentant légal** ☐ **tuteur** ☐ **personne de confiance** ☐ **famille** ☐ **proche** de :

*(préciser ci-dessous l'identité du résident si vous êtes son représentant, tuteur, personne de confiance ou proche)*

**NOM :** _____

**PRENOM :** _____

Né(e) [JJ/MM/AAAA] le ___/___/_____ à [Ville] _____

☐ **AUTORISATION :**

**Atteste donner mon autorisation pour bénéficier d'actes de téléconsultation ou de télé expertise par un professionnel de santé habilité, à la Résidence Anne de Ponte située 74 rue Paul Roux à Sarrians, en cas de nécessité de santé ou médicale.**

En signant ce consentement, j'ai été clairement informé(e) :

- Que le coût d'une téléconsultation ou téléexpertise n'est en aucun cas supérieur aux tarifs d'une consultation en présentiel chez le spécialiste
- Que je peux retirer mon consentement à tout moment
- De la finalité du traitement des données ainsi que des destinataires de ces données
- Du but et des modalités de cette prise en charge qui m'ont été pleinement expliqués
- Que les données resteront confidentielles et ne pourront être consultées que par les personnes autorisées soumises au secret professionnel
- Que je pourrais à tout moment demander des informations complémentaires

*La téléconsultation sera prise en charge par l'assurance maladie comme une consultation classique à 70% et 30 % remboursé par la complémentaire santé (prise en charge à 100% pour les soins concernant des Affections Longue Durée). La téléexpertise ne vous sera pas facturé, mais fera l'objet d'une facturation directement entre l'Assurance Maladie et les médecins qui y recourent (médecin traitant et spécialiste).*

☐ **REFUS pour la téléexpertise et téléconsultation**

## 2- DEMANDE D'ACCORD RELATIF A LA PRESTATION PHARMACEUTIQUE

Tout résident a le libre choix de son pharmacien. Afin de promouvoir la meilleure prestation pharmaceutique au profit des usagers, la Résidence est conventionnée avec les pharmacies d'officine de Sarrians, Pharmacie Fourcade et Pharmacie Les Platanes. Vous pouvez demander au service administratif la consultation de cette convention, si vous le souhaitez.

Afin de bénéficier de cette prestation, nous vous remercions de prendre connaissance du présent formulaire.

- Je déclare avoir été informé(e) de l'engagement de la Résidence dans une démarche conventionnelle de qualité, de sécurité et de traçabilité de la prise en charge médicamenteuse,
- Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé (accompagnés de toutes les informations nécessaires à leur administration et à la coordination des soins avec les équipes soignantes et médicales) par le pharmacien d'officine engagé par convention (dans le respect des objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de sa prestation),
- Préparation des Doses à Administrer (PDA) : demande la préparation nominative de mes médicaments afin d'en faciliter l'administration,
- Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisé selon les procédures de traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement.

Le résident ou son représentant légal demandant ce service gracieux ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.

Fait à _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ le _ _/_ _/_ _ Signature :