

Vous souhaitez déposer une demande de pré-admission
sur notre établissement.



Le Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux vous propose 2 types d'hébergement afin de vous accueillir ou d'accueillir vos proches.

EHPAD -Parrot Beaufort-Magne:

- Pavillon Acacias, Bouleaux, Cèdres (163 lits)
- Pavillon Douglas (132 lits),
- Pavillon les Félibres (192 lits)

USLD (Unité de soins de longue durée) :

- Pavillon Douglas (60 lits)

Le dossier d'admission ci-joint doit être renvoyé complet à l'adresse suivante :

**Secrétariat du pôle EHPAD
A l'attention de la commission d'admission
83, avenue Georges Pompidou
24019 PERIGUEUX CEDEX**

Notre assistante sociale est à votre disposition sur rendez-vous pour vous aider à constituer le dossier. (tél : 05-53-45-27-44)

Notre secrétaire des admissions est à votre disposition sur rendez-vous pour visiter l'établissement (tél : 05-53-45-27-44)

TARIFS APPLICABLES AU 01/01/2024

	TARIF HEBERGEMENT	TALON MODERATEUR DEPENDANCE	PRIX DE JOURNEE	TARIF MENSUEL (31 jours)
<u>EHPAD PARROT</u>				
Chambre seule.....	50,71 €	5,82 €	56,53 €	1752,43 €
Chambre double.....	50,46 €	5,82 €	56,28 €	1744,68 €
Moins de 60 ans – Chambre seule....	68,16 €	-	68,16 €	2112,26 €
Moins de 60 ans – Chambre double..	67,91 €	-	67,91 €	2105,21 €
<u>EHPAD BEAUFORT MAGNE</u>				
<i>PAVILLON DOUGLAS</i>				
Chambre seule.....	57,76 €	5,82 €	63,58 €	1970,98 €
Chambre double	55,77 €	5,82 €	61,59 €	1909,29 €
Moins de 60 ans – Chambre seule....	75,21 €	-	75,21 €	2331,51 €
Moins de 60 ans – Chambre double..	73,22 €	-	73,22 €	2269,82 €
<i>PAVILLON FELIBRES</i>				
Chambre seule.....	61,07 €	5,82 €	66,89 €	2073,59 €
Moins de 60 ans.....	78,52 €	-	78,52 €	2434,12 €
<u>USLD¹</u> <u>(Unité de Soins de Longue Durée)</u>				
Chambre seule.....	53,42 €	6,21 €	59,63 €	1848,53 €
Chambre double	52,62 €	6,21 €	58,83 €	1823,73 €
Moins de 60 ans – Chambre seule....	75,27 €	-	75,27 €	2333,37 €
Moins de 60 ans – Chambre double..	74,14 €	-	74,14 €	2298,34 €

Listes des pièces à fournir en vue d'une admission (Les dossiers incomplets ne seront pas instruits)

Pour tous les dossiers

- Copie du livret de famille (mariage + enfants) ou extrait d'acte de naissance pour les célibataires sans enfants
- Copie de la carte nationale d'identité, d'un passeport, de la carte de résidence ou titre de séjour
- Copie des justificatifs de ressources
 - Derniers avis d'imposition ou de non-imposition
 - Attestations annuelles de retraite, relevés de compte ou déclaration sur les revenus
- Copie taxe foncière (*pour les propriétaires*)
- Attestation bancaire des capitaux placés
- Liste des membres de la famille (*formulaire fourni*)
- Formulaire de recueil de consentement (*s'il peut être recueilli*)
- Formulaire de désignation de personnes de confiance (*formulaire fourni*)

En fonction de votre situation

- Copie du jugement de mise sous protection (tutelle, curatelle, habilitation familiale, mandat de protection future...)
- Copie des justificatifs des prestations sociales (APL, AAH, MTP...)
- Engagement de paiement avec les tarifs appliqués (*formulaire fourni*).
- Formulaire de prélèvement SEPA + RIB

Ou

- Demande d'aide sociale à l'hébergement
 - La Liasse d'aide sociale
 - L'engagement de reversement des ressources
 - La liste des adresses et montants des caisses de retraites
 - Un RIB
 - L'autorisation de perception des ressources (*Sauf pour les personnes sous mesure de protection*)

Le jour de l'admission

- Un dépôt de garantie de 1335€ pour les Pavillons A, B, C, et D et de 1608€ pour le Pavillon des Félibres à l'ordre de la trésorerie hospitalière (*Sauf pour les demandes d'aide sociale, fournir un RIB*)
- La carte vitale et la carte de mutuelle
- Une attestation de responsabilité civile, à renouveler chaque année

FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT EN VUE D'UNE ADMISSION EN EHPAD

(article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles)

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne concernée ou son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement)

Madame ou Monsieur.....

(nom et prénom complets en lettres capitales)

Date de naissance.....

(jour/mois/année)

Demandeur d'une admission au sein du pôle EHPAD du Centre hospitalier de Périgueux,

Exprime, en signant ce formulaire avoir, lors d'un entretien en présence :

♦Monsieur/Madame (nom et prénom) :
représentant de l'établissement,

♦Monsieur/Madame (nom et prénom) :
médecin coordonnateur,

♦Monsieur/Madame (nom et prénom) :
en qualité de personne de confiance,

♦Monsieur/Madame (nom et prénom) :
représentant légal de la personne

♦Monsieur/Madame (nom et prénom) :
en tant qu'accompagnant, lien de parenté éventuel

Reçu oralement :

- Toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de mon admission dans l'établissement, dans le respect de mes souhaits et de mes attentes.
- Avoir pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et recevoir des réponses claires et précises.

J'ai notamment bien compris les dispositions et les prises en charges qui pourraient m'être proposées en cas de perte d'autonomie physique ou psychique qui feront l'objet d'un avenant au contrat de séjour, La possibilité de visiter l'établissement m'a été proposée.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Date et lieu :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

Formulaire de désignation de personne de confiance

(article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles)

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Né(e) le à

Désigne

Nom et prénom :

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne)

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

En qualité de **personne de confiance** en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

- J'autorise M. ou Mme à assister aux entretiens médicaux, à m'accompagner dans mes démarches et dans mes décisions au sein de
- J'ai bien noté que M. ou Mme.....pourra être consulté(e) au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin et au cas où je rencontrerais des difficultés dans la connaissance et la compréhension de mes droits.
- J'ai pris connaissance que la désignation de la personne de confiance est unique.

Fait àle,

Signature

Co signature de la personne de confiance

La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir, qui est :

M. ou Mme

La désignation de M. ou Mme.....

en qualité de « **personne de confiance** » est valable à compter de ce jour et peut être révoquée par moi-même à tout moment par notification signée ci-dessous.

Révocation de la personne de confiance

Je décide de révoquer la désignation de M. ou Mme..... comme personne de confiance

Date :

Signature du résident :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera la mission de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

Oui Non

Je lui fais part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui Non

Mon médecin traitant possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui Non

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de personne de confiance

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de sa volonté.

Témoin 1

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (*lien avec la personne*)

Atteste que la désignation de Mme – M. (*Rayer la mention inutile*)

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de *l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles* est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Nom et prénom :

Fait àle,.....

Signature du témoin

Co signature de la personne de confiance

Témoin 2

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (*lien avec la personne*)

Atteste que la désignation de

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de *l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles* est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Nom et prénom :

Fait àle,.....

Signature du témoin

Co signature de la personne de confiance

Liste des membres de la famille

1- Nom : Prénoms :

Adresse :

Tél :

Parenté : Ascendants Conjoint (marié(e))
 Enfant (Fils/Fille, Gendre/Belle-fille) Descendant (Petits-enfants)

Consent à l'admission en EHPAD de son parent Oui Non
Signature

2- Nom : Prénoms :

Adresse :

Tél :

Parenté : Ascendants Conjoint (marié(e))
 Enfant (Fils/Fille, Gendre/Belle-fille) Descendant (Petits-enfants)

Consent à l'admission en EHPAD de son parent Oui Non
Signature

3- Nom : Prénoms :

Adresse :

Tél :

Parenté : Ascendants Conjoint (marié(e))
 Enfant (Fils/Fille, Gendre/Belle-fille) Descendant (Petits-enfants)

Consent à l'admission en EHPAD de son parent Oui Non
Signature

4- Nom : Prénoms :

Adresse :

Tél :

Parenté : Ascendants Conjoint (marié(e))
 Enfant (Fils/Fille, Gendre/Belle-fille) Descendant (Petits-enfants)

Consent à l'admission en EHPAD de son parent Oui Non
Signature

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Admission Monsieur – Madame :

Je soussigné(e).....
 Ou
 - Monsieur – Madamené(e) le.....
 Lien de parenté.....

M'ENGAGE

- 1) A payer :
- **Le prix de journée correspondant à l'établissement** en fonction de mon état de santé.
 - **Tout nouveau prix de journée proposé suite à un changement** d'établissement pour raisons médicales, conformément au contrat de séjour.

TARIFS APPLICABLES AU 01/01/2024

	TARIF HEBERGEMENT	TALON MODERATEUR DEPENDANCE	PRIX DE JOURNEE
<u>EHPAD PARROT BEAUFORT MAGNE</u>			
<u>PAVILLON A – B - C</u>			
Chambre seule.....	50,71 €	5,82 €	56,53 €
Chambre double.....	50,46 €	5,82 €	56,28 €
Moins de 60 ans – Chambre seule.....	68,16 €	-	68,16 €
Moins de 60 ans – Chambre double.....	67,91 €	-	67,91 €
<u>PAVILLON DOUGLAS</u>			
Chambre seule.....	57,976€	5,82 €	63,58€
Chambre double	55,77 €	5,82 €	61,59 €
Moins de 60 ans – Chambre seule	75.21 €	-	75,21 €
Moins de 60 ans – Chambre double.....	73.22 €	-	73,22 €
<u>PAVILLON FELIBRES</u>			
Chambre seule.....	61.07 €	5,82 €	66,89 €
Moins de 60 ans	78.52 €	-	78,52 €
<u>USLD¹ (Unité de Soins de Longue Durée)</u>			
Chambre seule	53,42 €	6,21 €	59,63€
Chambre double.....	52,62 €	6,21 €	58,83 €
Moins de 60 ans – Chambre seule.....	75.27 €	-	75,27 €
Moins de 60 ans – Chambre double.....	74.14 €	-	74,14 €

2) à verser, **dès le jour d'entrée**, un dépôt de garantie qui sera **restituée à la sortie**.

3) à déposer **un préavis de 15 jours**, en cas de départ, donnant lieu à facturation correspondante du prix de journée.

Facture à adresser à :

.....

Date

Signature
(Lu et approuvé)

Demandeur

ou Tiers responsable

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le Centre Hospitalier de Périgueux à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal
Ville :
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX
Adresse : 80 avenue G. Pompidou – CS 61205
Code postal : 24019
Ville : PERIGUEUX
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
Nom 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 Centre Hospitalier de Périgueux. 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 Centre Hospitalier de Périgueux.

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'opposition, 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.



ENGAGEMENT DE VERSEMENT
Suite à une demande d'aide sociale

OBJET : Admission de M. ou Mme

Je soussigné(e).....

Né(e) le.....

Ou

- Monsieur – Madame

Lien de parenté.....

M'ENGAGE

à **reverser** mensuellement à la

Trésorerie des Etablissements Hospitaliers
80, avenue Georges Pompidou
BP C S 81100
24009 PERIGUEUX Cedex

Le montant intégral des **retraites, rentes, allocation logement** versé au compte de M ou Mme de la date d'entrée en

EHPAD PARROT BEAUFORT MAGNE

USLD

Jusqu'à la décision d'admission à l'aide sociale.

Je certifie être informé(e) que la Trésorerie Hospitalière me reversera 1/10^{ème} des ressources (montant minimum d'argent de poche fixé par la loi), et un avis des sommes à payer sera envoyé, dont l'exécution sera suspendue jusqu'à la décision d'admission à l'aide sociale.

Cet engagement sera mis en œuvre dès l'admission, sous contrôle du service de la facturation de l'EHPAD, en liaison avec les services de la Trésorerie Hospitalière.

Facture à adresser à :
.....
.....

Date

Signature
(Lu et approuvé)

Demandeur

ou

Tiers responsable

Caisses de Retraites (Montants et adresses)

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :
.....

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :

Caisse de Retraite :
Montant mensuel :€
Adresse :



**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

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

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amalgissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

Périgueux, 1^{er} janvier 2024

Chef de Pôle Hospitalier
Chef de Service - Médecin Coordonnateur
Dr F. WONÉ
10002738440

Objet : Marquage du linge des résidents

PRATICIENS HOSPITALIERS

Dr P. AUPY
10002732971

Dr N. PICHE
10102022083

CADRE SUPERIEURE DE PÔLE

Mme V. MEYNIER

CADRES DE SANTÉ

Mme N. AMICEL
Mme C. BERGEMINE
M. V. CRUMIERE
Mme I. HUGUET
M. Y. MARECHAL
Mme I. SILVA

PSYCHOLOGUES

Mme M. DURET
Mme A. GELINEAU
Mme C. ROBIN

ORTHOPHONISTE

Mme S. MARTY

PSYCHOMOTRICIENNES

Mme N. AL MRAYATI
Mme A. LARAT

ASSISTANTE SOCIALE

Mme D. MESTIVIER

ACCUEIL - SECRETARIAT

Mme L. CALVET-BRECHARD
Mme S. CHADELAUD
Mme F. CHAUVRY
Mme A.S. HAINAULT
Mme V. VERDIER

FACTURATION

Mme N. MALLEMANCHE

CENTRE RESSOURCES EHPAD

Mme C. LACHAUD-RONGIERAS

TIERS-LIEU EHPAD

Mme A. PEYTOUREAU

Madame, Monsieur,

Nous vous souhaitons la bienvenue à l'EHPAD Beaufort-Magne Parrot USLD du Centre Hospitalier de Périgueux.

Nous attirons votre attention sur **le marquage obligatoire du linge** des résidents de notre établissement, cette prestation étant assurée sans aucune participation financière de votre part. Ce marquage est impératif quel que soit le mode d'entretien du linge que vous avez choisi (Centre hospitalier, laverie extérieur ou famille), comme mentionné dans le contrat de séjour.

Par conséquent, je vous invite dès votre arrivée, à prendre rendez-vous auprès de notre équipe de lingères au 05-53-45-27-44 (poste 1772 ou 4778).

Bien entendu, cette procédure de marquage du linge doit être également respectée pour les nouveaux vêtements apportés par les résidents, les familles ou tuteurs.

En ce qui concerne le linge fragile (soie, thermolactyl, pure laine...) je vous recommande fortement un lavage par vos soins

L'ensemble des équipes est à votre disposition pour répondre à vos sollicitations et faciliter votre adaptation dans votre nouveau lieu de vie.

Le Directeur de l'EHPAD

Elise LEONARD