Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure
SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185
Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50
E-mail : hopital.pacy@hopital-pacy.fr
Site internet : http://www.ch-pacy.fr

Pacy-sur-Eure, le 17 janvier 2017

NOTE EXPLICATIVE
RELATIVE AU CONSENTEMENT DES FUTURS RESIDENTS EN EHPAD

Madame, Monsieur,

Vous venez de déposer, ou allez prochainement déposer un dossier de demande d'admission en EHPAD pour vous ou un de vos proches.

Conformément à l'article L311-3 Alinéa 7 du Code de l'Action sociale et des familles.

Les EHPAD doivent s'assurer du consentement du futur résident, avant son entrée en établissement. Aussi, le Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy-sur-Eure a élaboré deux documents spécifiques, pour recueillir ce consentement :

- Le Formulaire de consentement à l'admission en EHPAD

Ce document est destiné à être rempli et signé par le futur résident, s'il en a la capacité.

- Le Formulaire de consentement à l'admission en EHPAD en cas d'impossibilité de signer du futur résident

Ce document est destiné à être rempli par un proche ou par le tuteur du futur résident si ce dernier n'est pas en capacité de signer.

Dans le cas où le futur résident bénéficie d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle renforcée), le titulaire de la mesure de protection est habilité à signer le formulaire de consentement dans le cadre des attributions décidées par le juge des tutelles.

A défaut de mesure de protection juridique, le formulaire devra être visé par trois témoins (dont au moins un ne fait pas partie des proches du futur résident).

Le service de l'accueil et le médecin coordonnateur sont à votre disposition pour toute difficulté que vous pourriez rencontrer quant au complément de ces documents.

Je précise qu'un de ces documents devra être déposé à l'accueil du Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy-sur-Eure par le moyen de votre choix, avec le dossier unique de demande d'admission en EHPAD ou en complément de celui-ci.

Pour votre information, le dossier de votre proche ne pourra pas passer en commission si une ou plusieurs pièces sont manquantes (y compris le formulaire de consentement).

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma parfaite considération.

Jérôme TRIQUET
Directeur du CHAG Pacy/Eure

C.H.A.G 27120 PACY S

CHAG Pacy/Eure
UN SOUTIEN POUR LA VIE

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure
SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185
Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50
E-mail : hopital.pacy@hopital-pacy.fr
Site internet : http://www.ch-pacy.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ADMISSION EN EHPAD

Je soussigné(e) M. Mme ....., né(e) le ....., ai bien compris que mon état de santé et mes capacités mentales et physiques rendaient nécessaire un hébergement en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

J'accepte donc d'emménager dans votre établissement si celui-ci est en capacité de répondre à mes besoins à l'issue de la tenue de la commission d'admission.

Fait à .....

Le.....

Signature :

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure
SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185
Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50
E-mail : hopital.pacy@hopital-pacy.fr
Site internet : http://www.ch-pacy.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ADMISSION EN EHPAD EN CAS D'IMPOSSIBILITE DE SIGNER DU FUTUR RESIDENT

Je soussigné(e) M. Mme ....., né(e) le ....., personne de confiance, atteste avoir expliqué en termes accessibles à M. Mme ....., né(e) le ....., que son état de santé et ses capacités mentales et physiques rendaient nécessaire un hébergement en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Il (Elle) n'a pas manifesté de comportement laissant entendre qu'il (elle) s'opposait à son emménagement dans votre établissement si celui-ci est en capacité de répondre à ses besoins à l'issue de la tenue de la commission d'admission.

Fait à ..... Le.....

Signature :

NOM - PRENOM	QUALITE *	SIGNATURE

***3 témoins sont nécessaires. Il est obligatoire qu'au moins un témoin ne fasse pas partie des proches du résident.**

ANNEXE 5

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

L'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles dispose que *« les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».*

L'obligation alimentaire est une aide matérielle due à un ascendant, descendant ou allié se trouvant dans le besoin et n'étant pas en mesure d'a assurer sa subsistance.

Etablissement : Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy sur Eure.

Caution(s) signataire(s) du présent engagement

NOM et Prénom :
Domicile :

NOM et Prénom :
Domicile :

NOM et Prénom :
Domicile :

NOM et Prénom :
Domicile :

En renonçant au bénéfice de discussion prévu à l'article 2298 du Code Civil et en m'obligeant solidairement avec le résident et les présents signataires, je m'engage à régler les frais de séjour de M. ou Mme ..... sans pouvoir exiger que l'établissement poursuive préalablement le résident.

Ce cautionnement est plafonné au montant global des frais de séjour dus à compter du ...../...../..... , date d'entrée du résident au sein de l'EHPAD du CHAG Pacy/Eure ainsi que l'ensemble des frais accessoires restant éventuellement à sa charge (prestations extérieures non comprises dans les forfaits journaliers).

Je reconnais avoir été informé :

- des tarifs journaliers applicables à la date du ...../...../.....
- des modalités de fixation et de règlement des tarifs journaliers et des prestations annexes précisées dans l'annexe tarifaire ;
- des dispositions de l'article L.6145-11 du Code de la Santé Publique selon lesquelles les établissements publics de médico-sociaux peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ;
- des dispositions des articles L.341-1 du Code de la Consommation
- qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'établissement devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance d'Evreux en vue de déterminer la charge des obligés alimentaires.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de Séjour.

Fait à ....., le.....

LA(LES) CAUTION(S)

Signature précédée de la mention manuscrite :

« En me portant caution de M. ou Mme ....., dans la limite de la somme couvrant le paiement du principal, des intérêts et, le cas échéant, des pénalités ou intérêts de retard et pour la durée prévue au contrat de séjour ou au DIPC, je m'engage à rembourser au prêteur les sommes dues sur mes revenus et mes biens si le résident n'y satisfait pas lui-même."

Le Représentant de l'établissement
Signature précédée de la mention manuscrite
"lu et approuvé, bon pour acceptation"

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

cerfa
N° 14732*01

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

- UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS PROVENANT DES ORGANISMES DE RETRAITE
- CF PAGE 6 : LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE CH DE PACY SUR EURE

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF
ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

SITUATION FAMILIALE
Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) ☐

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI ☐ NON ☐ En cours ☐
Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT *(joindre sous pli confidentiel le dossier médical)*

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :
NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐
Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :
Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD/SAD[1] ☐ Accueil de jour ☐
Autre *(précisez)*

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐
Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter[(1)]

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

[1] SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter[2]

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat ☐ Dans les 6 mois ☐ Echéance plus lointaine ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : / /

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.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

2

CHAG Pacy/Eure
UN SOUTIEN POUR LA VIE

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure
SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185
Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50
E-mail : hopital.pacy@hopital-pacy.fr
Site internet : http://www.ch-pacy.fr

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR AFIN DE COMPLETER LE DOSSIER DE

M……

1. *A fournir avant le passage en commission :*

- ☐ **Formulaire de consentement (celui correspondant à la situation)**
- ☐ **En cas de mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, …) en cours ou finalisée, joindre la Copie du jugement ou du justificatif de dépôt**
- ☐ **Copie recto verso de la carte d'identité**
- ☐ ***NOM et commune du médecin traitant……***
- ☐ ***Acte de caution solidaire signé par au moins un des enfants***

2. *A fournir avant l'admission en EHPAD :*

- ☐ **NOM, Prénom et adresse complète du référent familial ou administratif ……**
- ☐ ***Original du livret de famille ou copie intégrale de celui-ci ou acte de naissance pour les personnes célibataires sans enfant***
- ☐ ***Carte vitale ou copie de l'attestation des droits en cours de validité***
- ☐ ***Copie de la carte de mutuelle recto-verso en cours de validité***
- ☐ ***Tous les justificatifs des pensions (de retraite, de guerre…)***
- ☐ ***Tous les justificatifs de l'épargne (LDD, livrets, assurance vie…)***
- ☐ ***Copie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition***
- ☐ ***Copie complète de la dernière taxe foncière***
- ☐ **2 *RIB***
- ☐ ***Une copie de courrier APA***
- ☐ ***Liste complète des enfants et petits-enfants (adresses et téléphones)***
- ☐ **Si allocataire *CAF, joindre justificatif***
- ☐ ***Attestation de responsabilité civile couvrant la personne au sein de l'EHPAD***

Liste remise le……

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐ Fin/Retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI☐ NON ☐ ALLERGIES OUI ☐ NON ☐ Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Taille cm Poids Kg

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON
Cécité ☐ ☐
Surdité ☐ ☐

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI ☐ NON ☐

REEDUCATION OUI ☐ NON ☐
Kinésithérapie ☐ ☐
Orthophonie
Autre *(préciser)*

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris…)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants *(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées…)*		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI…)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,…)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER *(si différent du médecin traitant)*

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin