

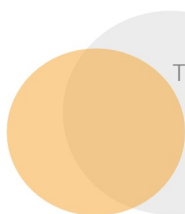


Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
EHPAD Fondation Brothier

CONTRAT DE SÉJOUR EN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE



Version du 27.05.2026



Tél. : 05.49.07.63.10 Fax : 05.49.07.47.40
accueil@fondationbrothier.fr
1, rue du stade 79 190 LIMALONGES
Site internet : fondationbrothier.fr

Entre les soussignés :

Mme SAVARIAU Maryse
Directrice de l'EHPAD Fondation Brothier, situé au 1 Rue du Stade, 79190 Limalonges.
L'établissement est habilité à recevoir l'aide sociale ainsi que l'APA en établissement.

Et :

Mme / M. [REDACTED] Résident(e).

Il a été expressément rappelé au résident (ou à son représentant légal) que, pour la signature du présent contrat conformément à la loi, il peut se faire accompagner de la personne de son choix.

Rappel préalable	Page 3
Durée	Page 4
Période d'intégration	Page 4
Les prestations	Pages 4 à 7
Responsabilité	Page 7
Dispositions financières	Page 8
Conditions particulières de facturation	Page 9
Travaux dans l'établissement	Pages 10
Conditions de résiliation	Pages 10 à 12
Disposition particulière	Page 12
Témoin	Page 12
Formulaire pour nommer une personne de confiance	Page 14
Dossier Médical Personnel	Page 15
Branchements électriques	Page 16
Autorisation d'utilisation, fixation, reproduction et diffusion d'images	Page 17
Fiche de renseignements intervenants extérieurs	Pages 18 à 19
Les dispositifs médicaux	Page 20
Directives anticipées	Pages 21 à 33
Note	Page 34

RAPPEL PRÉALABLE

Il est préalablement rappelé ce qui suit :

L'EHPAD Fondation Brothier est une maison de retraite qui assure la gestion d'un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont Mme/ M- a souhaité devenir résident(e).

Or, conformément à la législation applicable et notamment :

- Article L.342-1 du code de l'action sociale et des familles,
- Article L. 1113 du code de la santé publique,
- Article R 1113-1 et R 1113-4 du code de la santé publique,
- Décret du 28 avril 1997 portant sur la définition des niveaux de dépendance,
- Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Arrêté du 30 Mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionnés à l'article L314.161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L.314-8 et R 314-162,
- Article L.311-4 et D 311 du code de l'action sociale et des familles et L 1111-6 du code de la santé publique, précisant la personne de confiance,
- Recommandations de la Commission des Clauses abusives n°85-03 et 08-02, modifié par Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations.

Il doit être établi entre l'établissement et le résident un contrat de séjour.

Il a pour objet de définir la nature et le contenu de l'accompagnement des personnes accueillies, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que du projet d'établissement. Il est remis accompagné du Règlement de fonctionnement.

Ce document a valeur contractuelle, il sera fait référence en cas de litige et Mme/ M- résident(e) est donc invité(e) à en prendre connaissance avec attention.

Le personnel est lié à l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Tout résident peut être accompagné de la personne de son choix et le cas échéant le représentant légal, a accès sur demande formulée par écrit à son dossier médical et d'accompagnement, conformément à la législation.

Selon les modalités réglementaires en vigueur, le résident peut, s'il le souhaite, désigner une personne de confiance. Dans ce cas, le résident doit impérativement remplir un document de désignation de la personne de confiance. Il devra y être précisé les nom et coordonnées de la personne désignée.

C'est dans ce contexte qu'il a été établi ce qui suit, conformément aux dispositions légales et dans le respect des valeurs humaines, sociales de l'établissement.

Il a été arrêté ce qui suit :

ARTICLE I : LA DUREE

Le présent est conclu à durée déterminée du .

Durant son séjour, le résident (et/ou son représentant légal), s'engage à se conformer aux termes du présent contrat et au règlement de fonctionnement en vigueur dans l'établissement, règlement annexé au présent contrat et dont il a pris connaissance.

ARTICLE II : PERIODE D'INTEGRATION

Afin de permettre au résident de vérifier si les modalités de fonctionnement de l'établissement correspondent à ses attentes et au mode de vie qu'il entend privilégier, il est expressément convenu que le présent contrat ne deviendra définitif que passé une période d'intégration d'une durée de 2 mois durant laquelle le résident pourra librement rompre le contrat moyennant le respect d'un préavis de 7 jours. Celui-ci devra être motivé par écrit et remis en main propre au service administratif.

La rupture de la période d'essai n'aura pas à donner lieu à une quelconque motivation et n'entraînera aucune indemnisation particulière, à l'exception bien entendu du paiement du résident de l'équivalent des sommes qui restent dues à l'établissement au prorata de son temps de présence sur le mois donné et jusqu'à libération complète de la chambre, préavis inclus.

ARTICLE III : LES PRESTATIONS

Il est rappelé conformément à l'Arrêté du 26 avril 1999 que l'espace privé du résident est considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident.

L'accompagnement des personnes accueillies se décompose en trois secteurs : l'hébergement, la dépendance et les soins.

En fonctions de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'allocation logement, dont la demande sera faite par le service administratif.

En cas de ressources insuffisantes, les résidents peuvent bénéficier de l'aide sociale départementale dont la demande doit être déposée auprès des services du Conseil Départemental.

Le cas échéant, le service administratif de l'établissement se rendra disponible pour guider le résident dans ses démarches.

1. Les prestations hôtelières :

● La chambre :

L'établissement met une chambre à la disposition de :

Mme / M.

Cet espace privé correspond à la chambre n° .

Un état des lieux est effectué à l'entrée du résident et à la libération de la chambre.

● Les charges :

Chauffage, eau, et électricité sont compris dans le tarif hébergement.

● La télévision :

Une prise de T.V est à disposition dans la chambre. La salle d'animation ainsi que certains salons sont équipés de TV collectives.

● Le téléphone :

Chaque chambre est équipée d'une prise téléphonique individuelle. Le branchement téléphonique, l'abonnement et les communications sont à la charge du résident.

● L'entretien :

L'entretien des chambres est assuré par l'établissement.

Toutes les réparations sur le mobilier de l'établissement sont effectuées par le service technique. Les réparations sur le mobilier personnel sont à la charge du résident y compris sur la TV.

Il est interdit de percer des trous dans les murs pour y accrocher des meubles ou photos. Des crochets sont déjà installés dans les chambres (3 maximum) pour l'accroche de tableaux ou de photos.

● La restauration :

L'établissement assure le petit déjeuner, le déjeuner, la collation de l'après-midi et le dîner ; cette prestation est comprise dans le tarif hébergement.

Les régimes prescrits sur ordonnance médicale sont pris en compte.

Le petit déjeuner est servi en chambre entre 7h30 et 8h30.

Les repas sont servis en salle à manger à 12h et 18h45. En cas de soucis de santé, les repas sont servis en chambre à partir de 18h.

Les familles et les proches ont la possibilité de partager le repas dans le salon des familles (dans la limite de 4 invités, et des disponibilités de l'établissement), en prévenant le service au moins 48h à l'avance. Cette prestation est facturée au prix de 21.41 € par personne adulte et 9.06 € pour les moins de 12 ans, payable par chèque à l'ordre du Trésor Public.

● L'entretien du linge :

Le linge de lit, draps, couvertures, serviettes de toilette, gants de toilette et draps de bain sont fournis et entretenus par l'établissement.

Votre linge personnel, sauf textiles délicats ou qui nécessitent un nettoyage à sec, peut être entretenu par notre prestataire.

Votre trousseau devra être marqué à vos noms et prénoms suivis de la lettre « L ».

Je soussigné (e) Mme / M. _____ souhaite que mon linge personnel soit entretenu par l'établissement.

Le Résident

Ou son représentant légal,

● La vie sociale :

Des animations sont régulièrement organisées dans l'établissement et ne donnent pas lieu à une facturation supplémentaire.

Des sorties payantes peuvent être proposés occasionnellement.

● Les autres prestations :

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes, d'autres prestations comme le coiffeur, le pédicure, l'esthéticienne, sont proposées mais restent à la charge du résident qui règlera directement ses factures auprès des prestataires.

Les tarifs de ces prestations sont affichés dans l'établissement.

Les modalités et les conditions de fonctionnement des prestations hôtelières sont définies dans le règlement de fonctionnement remis au résident avec le présent contrat.

2. La prestation dépendance :

Les aides concernant la prise des repas, la toilette, l'habillage/déshabillage, les déplacements internes et l'incontinence sont apportées par l'équipe de l'établissement et facturées dans le cadre du tarif dépendance fixé chaque année par le Conseil Départemental.

● Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) :

Une évaluation de l'autonomie du résident est effectuée chaque année sur la base de la grille AGGIR.

Pour les bénéficiaires de l'APA du département 79, l'allocation est versée directement à l'établissement ou au département.

Dans le cas d'un hébergement temporaire, la dépendance est facturée à l'usager.

Les personnes hors département qui bénéficient du versement direct de l'allocation seront facturées intégralement pour la dépendance.

Tout comme le tarif hébergement, ce ticket modérateur sera financé par le résident ou, si ses revenus ne le lui permettent pas et s'il remplit certaines conditions, par l'aide sociale départementale.

3. La prestation soins :

Le personnel de l'établissement assure une permanence 24h/24h et 7j/7 (appel malade, veilleuse de nuit) et veille à la sécurité des résidents.

Certaines chambres sont équipées de la lampe Aladdin qui sert de détecter les levées.

L'équipe soignante assure le suivi des résidents, sans conséquence financière pour eux, cette prestation étant prise en charge par un forfait alloué à l'établissement par la sécurité sociale qui inclut également les dispositifs médicaux (exemple : lits médicalisées, matelas anti-escarres...), selon la législation en vigueur.

En cas de besoin et/ou en cas d'urgence, il sera procédé, sur avis médical du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur, à l'hospitalisation du résident.

La législation oblige les médecins traitants et les kinésithérapeutes à signer un contrat avec l'établissement pour intervenir dans l'EHPAD.

L'établissement est équipé d'un dispositif anti-fugue.

4. L'Accueil en unité protégée

En fonction du profil et des pathologies du résident, un accueil en unité protégée peut être envisagé cet accueil peut prendre fin lorsque l'état de santé du résident ne le nécessite plus. Un transport est alors envisagé.

Conformément à l'Arrêté du 30 décembre 2010, ainsi qu'à la position des Ministères du Travail, de l'Emploi et de la Santé et de la Solidarité et de la Cohésion Sociale du 14 mars 2011, il est rappelé au résident qu'il conserve le libre choix de son médecin traitant.

A ce titre, Mme / M. [] a précisé que son médecin traitant était le Docteur [] .

ARTICLE IV : RESPONSABILITE

Chaque résident a l'obligation de prendre une assurance en responsabilité civile et doit remettre chaque année à l'établissement une attestation d'assurance.

● Responsabilité en cas de vols :

En cas de vol, de cambriolage, de tout acte délictueux ou trouble de fait, la responsabilité de droit commun s'applique.

ARTICLE V : DISPOSITIONS FINANCIERES

La facturation est effectuée à terme échoir conformément au décret n°2016-1814 du 21/12/2016, par prélèvement automatique (autour du 15 de chaque mois).

TARIFICATION - EHPAD FONDATION BROTHIER

CATÉGORIE	DÉTAIL	UNITÉ	mars-26
-----------	--------	-------	---------

PRESTATIONS DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD

GARANTIE	Le dépôt de garantie à l'entrée du résident correspond à 30 jours de tarif hébergement		
RÉSERVATION	Résident provenant du domicile ou d'un foyer logement	par jour	75,46 €
	Résident hospitalisé (prix hébergement - forfait journalier hospitalier)	par jour	52,46 €
HÉBERGEMENT	Hébergement Permanent (aide sociale)	par jour	66,39 €
	Hébergement Temporaire (aide sociale)	par jour	76,33 €
	Hébergement Temporaire (résidents payants)	par jour	83,16 €
	Hébergement Permanent (résidents payants présents au 31.12.2022)	par jour	71,39 €
	Hébergement Permanent (résidents payants présents au 31.12.2023)	par jour	74,66 €
	Hébergement Permanent (résidents payants présents au 31.05.2024)	par jour	74,66 €
	Hébergement Permanent (nouveaux résidents payants à partir du 1.06.2024)	par jour	75,46 €
	Hébergement Permanent résident payants de moins de 60 ans	par jour	81,51 €
	Hébergement Permanent résident aide sociale de moins de 60 ans	par jour	81,51 €
ACCUEIL DE JOUR	ACJ	par jour	38,27 €
DEPENDANCE	GIR 1/2 (part APA prise en charge par le conseil départemental)	par jour	15,03 €
	GIR 3/4 (part APA prise en charge par le conseil départemental)	par jour	7,51 €
	GIR 5/6 (ticket modérateur)	par jour	5,53 €

PRESTATIONS HÔTELIÈRES

REPAS EN FAMILLE	Repas ou pique-nique des familles (incluant activités et animations)	par repas	25,26 €
	Repas invités adultes	par repas	21,41 €
	Repas invités enfants de moins de 12 ans	par repas	9,06 €
AUTRE	Débarrassage de chambre	à l'unité	154,06 €
	Prestation chambre reposoir	forfaitaire	100,86 €
	Intervention Agent Technique	Par heure	36,43 €

AUTRES PRESTATIONS

AUTRES PRESTATIONS	Prestation (coiffeur, pédicure, ...) : tarifs fixés par l'intervenant concerné par le service
	Les achats à la boutique de l'établissement sont facturés sur la facture mensuelle d'hébergement ou sur émission d'une facture mensuelle (pour les résidents à l'Aide Sociale)

ARTICLE VI : CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

● Absences pour convenances personnelles :

En cas d'absence liée à des départs en vacances et pour une période ne dépassant pas 5 semaines par an, une réservation payante de la chambre est appliquée. Le prix de journée diminuera du forfait départemental après 72h d'absence.

Le résident ou sa famille informe le directeur de l'établissement ou les adjointes administratives de ces dates d'absences au moins 48h à l'avance.

La réservation de la chambre est de droit, le résident en conserve donc la jouissance pendant son absence.

● En cas d'hospitalisation :

Pour les absences de plus de 72h, la minoration de la facture tient compte du montant du forfait hospitalier en fonction des tarifs en vigueur. Le tarif dépendance n'est pas facturé dès le premier jour d'absence mais l'APA est maintenue durant les 30 premiers jours.

● Facturation dans l'attente d'une admission au titre de l'aide sociale :

La demande d'aide sociale doit être déposée à l'EHPAD puis au Trésor Public de Niort et enfin dans la mairie du domicile de secours.

Compte tenu des délais et de l'incertitude quant à la décision prise par les services du Conseil Départemental, le résident assurera le règlement de la facturation au cours de la période d'instruction de son dossier de la demande d'aide sociale.

Etant précisé que bien entendu en cas d'admission à l'aide sociale, les éventuelles régularisations nécessaires seront effectuées.

Dans l'hypothèse où le résident n'est objectivement pas en mesure d'assurer la prise en charge de l'intégralité de cette facturation, il y contribue à hauteur de ses revenus, en reversant 90% de ses revenus et la totalité de l'allocation logement. Le résident conserve 10% de ses revenus avec un minimum par mois d'argent de poche.

Dans cette hypothèse, le dépôt de garantie ne sera pas encaissé.

Les renouvellements des demandes d'aide sociale devront être effectués par le résident ou son représentant légal.

ARTICLE VII: TRAVAUX DANS L'ETABLISSEMENT

Lorsque l'établissement doit faire l'objet de travaux d'amélioration, l'établissement s'engage à informer les résidents individuellement et par voie d'affichage quinze jours avant le début de ceux-ci et à préciser leur importance et leur durée estimées. Lorsque l'exécution des travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, l'établissement s'engage à tout mettre en œuvre pour mettre à la disposition des occupants un lieu de vie correspondant à des conditions d'habitation en adéquation avec leurs besoins.

ARTICLE VIII : CONDITIONS DE RESILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être résilié, tant par le résident que par l'établissement.

● Résiliation à l'initiative du résident :

La notification est adressée au directeur par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre récépissé.

Le résident dispose de 15 jours de préavis avant la date de son départ, pendant lequel les tarifs hébergement et dépendance sont dus. Si la chambre est libérée avant le terme prévu, le tarif hébergement s'applique. Si la chambre est louée par un autre résident avant le terme prévu les tarifs hébergement et dépendance ne sont pas dus à partir de la date où le nouveau résident occupe la chambre.

● Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accompagnement de l'établissement :

La vocation de l'établissement est d'accompagner la perte d'autonomie dans la limite des moyens dont il dispose. En cas de problème de santé aggravés ou récurrents, l'établissement proposera la recherche d'autres solutions d'accompagnement dans un autre type de structure mieux adapté.

En cas d'urgence, après avis du médecin traitant et/ou du médecin coordinateur, le directeur est habilité pour prendre toutes mesures appropriées, dans l'intérêt du résident.

Celui-ci et/ou son représentant légal sont avertis, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

● Résiliation pour incompatibilité avec la vie au sein de l'établissement :

Les faits incriminés sont portés à la connaissance du résident et/ou de son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

Si le comportement ne se modifie pas après cette notification, le directeur entend le résident et/ou son représentant légal pour essayer de trouver une solution.

Si cela reste sans effet, une décision motivée est prise par le directeur après consultation du Conseil de Vie Sociale et notifiée, dans les plus brefs délais, au résident et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

En cas de résiliation du contrat à l'initiative de l'établissement, la chambre ou le logement sera libérée au plus tard dans le mois qui suit la réception de la lettre recommandée ou la remise de la lettre en mains propres. Les tarifs hébergement et dépendance sont entièrement dus jusqu'au terme du délai.

En cas d'urgence, après avis du médecin traitant et/ou du médecin coordinateur et consultation du représentant légal, s'il existe, le directeur est habilité pour prendre toutes mesures appropriées.

● Résiliation pour défaut de paiement :

Tout retard de paiement est notifié au résident et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre décharge.

A défaut de paiement régularisé dans les 30 jours après réception de la lettre recommandée ou la remise en mains propres, la chambre devra être libérée. Les tarifs hébergement et dépendance seront entièrement dus jusqu'à la date de libération des locaux privés.

L'établissement se réserve la possibilité de faire recouvrer les sommes qui lui sont dues par toute voie légale.

● Résiliation pour décès :

La chambre devra être libérée par les ayants droits dans un délai de 3 jours suivant la date du décès.

Le tarif hébergement minoré du forfait restauration sera dû pour une durée maximale de six jours dans l'attente de l'état des lieux de sortie attestant que les objets personnels n'ont pas été retirés dans cet intervalle.

Il est expressément convenu avec Mme / M. [] à l'expiration du délai de préavis, ses meubles et effets seront entreposés dans un local particulier réservé à cet usage et le déménagement sera facturé (se référer au tableau tarifaire), après qu'un inventaire en ait été dressé en présence de deux témoins pris parmi les membres du Conseil de Vie Sociale de l'établissement ou d'un agent de l'établissement. Ces biens seront conservés pour une durée maximale de 3 mois.

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs dans un établissement sont « déposés » entre les mains du directeur.

Les objets de valeur non réclamés sont remis un an après la sortie ou le décès du résident, à la Caisse des Dépôt et consignation s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

L'administration peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de ventes prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur.

La saisie des Domaines ou la Caisse des dépôts et consignation par le directeur est portée à la connaissance du résident et/ou s'il existe, de son représentant légal ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois avant la remise des objets détenus par l'établissement à l'administration chargée des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

● Médiation :

En cas de litige ou de contentieux, l'établissement, le résident et/ou son représentant légal, s'il existe et si nécessaire la famille, s'efforceront de trouver une solution amiable. En cas d'échec, les faits seront exposés au Conseil de Vie Sociale qui donnera un avis.

Si besoin, il sera fait appel à une personne qualifiée, admise par les deux parties et qui agira dans les plus brefs délais afin de ne pas placer les parties hors délai en matière d'affaire judiciaire.

En cas de démarche judiciaire, les parties soussignées élisent domicile au siège de l'établissement mentionné en tête des présentes.

ARTICLE IX : DISPOSITION PARTICULIERE

Sauf ordre contraire, notifié au bas du présent contrat, la signature de celui-ci vaut autorisation pour le personnel d'entrer dans la chambre du résident afin de faire le ménage, retirer le linge sale ou déposer le linge propre en son absence. Le personnel peut être amené à pénétrer dans cet espace privé dans d'autres circonstances, notamment en cas d'urgence et/ou pour porter assistance à la personne.

L'établissement dispose d'un système informatique destiné à gérer le fichier des résidents dans le strict respect du secret médical. Conformément aux dispositions de la Loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).

ARTICLE X : TEMOIN

A la demande du directeur ou du futur résident, ce contrat de séjour a été signé en présence de Mme / M. domicilié(e)

Lien de parenté

Atteste par sa signature ci-dessous avoir participé à l'élaboration de celui-ci.

Date.....

Signature

Tout changement du présent contrat fera l'objet d'un avenant signé.

Je certifie avoir pris connaissance du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement, et du livret d'accueil dont un original de chaque m'a été remis.

Fait à LIMALONGES.....
Le / /

Signature précédée de « Lu et approuvé »

La directrice
Mme SAVARIAU Maryse



Le Résident
ou
Le représentant légal

ANNEXE 1

Formulaire pour nommer une personne de confiance (non obligatoire)

Je soussigné (e) Mme / M.

Date de naissance :

Domicilié (e) EHPAD de Limalonges

Désigne

Né(e) le

Domicilié (e)

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

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

☐ Jusqu'à ce que j'en décide autrement

☐ Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté(e) que Mme / M.

♦ Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

♦ Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

♦ Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

♦ Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

♦ Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

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

NB : un résident sous tutelle, ne peut nommer une personne de confiance. Toutefois, si une personne de confiance a été désignée antérieurement, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance, soit révoquer la désignation de celle-ci

Fait en double exemplaire le à Limalonges.....

Signature de la personne de confiance

Signature du résident

**Formulaire d'autorisation de
création du Dossier Médical Personnel**

Personne majeure..... Personne majeure sous tutelle

Je soussigné(e) :

Je soussigné(e) :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :



DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Adresse :

Représentant(e) légal(e) de :

Nom :

Prénom :

Résidant à l'EHPAD Fondation Brothier, 1 rue du Stade, 79190 Limalonges,

Autorise – n'autorise pas (barrer la mention inutile), la création d'un Dossier Médical Personnel au sein de l'EHPAD

Qu'est-ce que le DMP ?

C'est le Dossier Médical Personnel, institué par la loi du 13 août 2004 pour faciliter le partage d'informations entre professionnels de santé, éviter les actes redondants et agir contre les interactions médicamenteuses.

Le DMP n'est pas obligatoire, sa création relève du choix exclusif du résident.

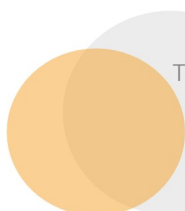
Ce consentement à la création du DMP vaut également autorisation d'accès pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en soins du résident.

Accessible rapidement, et à tout moment, le DMP centralise les informations et les documents utiles à la prise en charge globale du résident : antécédents, allergies, prescriptions et traitements, comptes rendus hospitaliers et de radiologie, analyses de laboratoire, résultats d'examen complémentaires...

En situation d'urgence : le médecin régulateur du Centre 15 peut accéder au DMP du résident via le logiciel du centre de régulation sans disposer de sa carte Vitale.

Date : / /

Signature



Tél. : 05.49.07.63.10 Fax : 05.49.07.47.40
accueil@fondationbrothier.fr
1, rue du stade 79 190 LIMALONGES
Site internet : fondationbrothier.fr

Branchements électriques

Il est rappelé que tous les appareils électriques doivent être en bon état de fonctionnement et doivent respecter les normes.

Mme / M. est autorisé(e) à brancher les appareils électriques, en bon état de marche, cités ci-dessous :

1

2

3

4

5

En cas de changement en cours de séjour, vous devrez **impérativement** en informer le service administratif pour avoir une autorisation.

Autorisation d'utilisation, fixation, reproduction et diffusion d'image

Je soussigné (e) : Mme / M .

Né(e) le :

Demeurant : EHPAD de Limalonges

Autorise expressément l'EHPAD Fondation Brothier :

- A fixer, reproduire, diffuser mon image, en tout ou en partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tous formats, en couleurs et/ou en noirs et blanc, sur tous supports connus actuels ou à venir, et par tous moyens techniques actuels ou à venir.
- En conséquence, je garantis l'EHPAD Fondation Brothier contre tous recours et/ou action que pourrait former les personnes physiques ou morales qui estimeraient avoir des droits quelconques à faire valoir sur l'utilisation de mon image.
- -Cette autorisation est accordée pour une durée illimitée à compter de la signature des présentes, formalisée par écrit, et restera valable en cas de changement de mon état civil actuel.
- Je déclare reconnaître et accepter que la présente autorisation ne devienne pas caduque après mon départ, ou de toute nouvelle entité qui lui serait substituée.

Fait à ...LIMALONGES.....le

Signature

Faire précéder la mention « Lu et approuvé »

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INTERVENANTS EXTERIEURS

Madame, Monsieur :
(Rayer la mention inutile)

Afin de faciliter la continuité de vos habitudes de vie, merci de bien vouloir nous indiquer les noms, numéros de téléphone et adresses des professionnels que vous avez choisi pour vous suivre dans la structure :

- ☐ Votre médecin traitant.....
- ☐ Votre pédicure-podologue
- ☐ Votre kinésithérapeute
- ☐ Votre ambulancier
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Autre : (spécialiste...)
- ☐ Votre coiffeuse
- ☐ Votre pharmacien

Liste des médecins traitants intervenant à l'EHPAD

- Mme EDWIGE, Sauzé-Vaussais ;
- M. MOLINA, Sauzé-Vaussais ;
- M. PAPIN, Sauzé-Vaussais ;
- M. GEOFFROY, Limalonges ;

Liste des kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD

- M. TICU ; Chaunay ;
- M. SULTES ; Chaunay ;

Liste des pédicures intervenant à l'EHPAD

- Mme CHARLEMAGNE, Ruffec ;

Liste des ambulanciers intervenant à l'EHPAD

- Ambulances GAGNAIRE, Sauzé-Vaussais ;
- Ambulances CŒUR DE POITOU, Sauzé-Vaussais ;
- Ambulances Sud Vienne, Civray ;
- Ambulances CIVRAISIENNES, Savigné et Civray ;
- Ambulances J.M. BERNARD, St Léger de la Martinière ;
- Ambulances BARRE, St Martin les Melle ;

Liste des coiffeuses intervenant à l'EHPAD

- Mme LAFLEUR – Saint-Macoux ;
- Mme JACQUET – Valence-en-Poitou

Liste des pharmaciens intervenant à l'EHPAD

- Mme CHABBERT ;

Cette liste est indicative et n'est pas exhaustive. Chaque personne conformément à la loi est libre de choisir ses intervenants. La liste est remise à titre d'information, en aucun cas elle n'impose de changer d'intervenant.

Nous pouvons aussi contacter les professionnels de votre choix pour savoir s'ils acceptent d'intervenir dans l'établissement. N'hésitez pas à vous renseigner à l'accueil.

Les dispositifs médicaux

Si vous êtes propriétaire de matériels, il vous est possible de les amener à l'EHPAD (fauteuil roulant, déambulateur, canne...).

Si vous êtes locataire de ces matériels, en préalable de votre admission à l'EHPAD Fondation Brothier de Limalonges :

Nous vous invitons, à vous rapprocher du prestataire (lit médicalisé, déambulateur, lève-personne, fauteuil roulant, appareil respiratoire, aérosol, etc...), cela vous permettra de l'informer de la date de votre entrée dans l'établissement afin qu'il mette fin au contrat de location dès votre admission. En effet, les coûts de maintien de location après admission ne vous seront pas remboursés ni par l'établissement, ni par la sécurité sociale.

Lors de votre admission :

Une évaluation de vos besoins sera réalisée. Du matériel sera mis à votre disposition ou une demande de financement sécurité sociale pourra être rédigée dans certaines situations.

Je soussigné(e) M. ou Mme :

Résident(e), Personne de confiance ou Tuteur ~~(Rayer les mentions inutiles)~~ :

De Mme / M.

Fait à Limalonges, le

Signature

① Présentation¹

Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

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

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie:

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un **modèle A** pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un **modèle B** pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?

Oui et la fiche numéro ③ vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro ③ pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

¹ Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix. Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi².

Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Où conserver vos directives ?

Il est important qu'elles soient facilement accessibles. Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en oeuvre.

Si un « dossier médical partagé » a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin. Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

² La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en oeuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé »³ ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche ⑤ ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche ⑤ ci-après).

³ Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

② Mon identité

Nom et prénoms

.....

Né(e) leà

.....

domicilié(e) à :

.....

.....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ j'ai l'autorisation du juge | ☐ Oui | ☐ Non |
| ■ du conseil de famille | ☐ Oui | ☐ Non |

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

③ Informations ou souhaits...

...que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ④ ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait leà

.....

Signature

④ Mes directives anticipées

Modèle A

- Je suis atteint d'une maladie grave
→ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)

.....

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

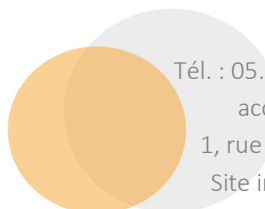
.....

- Une intervention chirurgicale

.....

- Autre

.....



Tél. : 05.49.07.63.10 Fax : 05.49.07.47.40

accueil@fondationbrothier.fr

1, rue du stade 79 190 LIMALONGES

Site internet : fondationbrothier.fr

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :

.....

- Dialyse rénale

.....

- Alimentation et hydratation artificielles

.....

- Autre

.....

- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le à

Signature

Modèle B

- *Je pense être en bonne santé*
 → *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait leà

Signature

⑤ Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

.....

Qualité

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

.....

.....

Fait leà

.....

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms.

.....

Qualité

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait leà

.....

Signature

⑥ *Nom et coordonnées de ma personne de confiance⁴*

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

.....

Domicilié(e) à :

.....

Téléphone privé :

.....

Téléphone professionnel :

.....

Téléphone privé :

.....

Email :

.....

⁴ au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui☐ Non

- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ Oui☐ Non

Fait leà
.....

Votre signature

Signature de la personne de confiance

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e), Nom et prénoms

.....

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.
- Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du

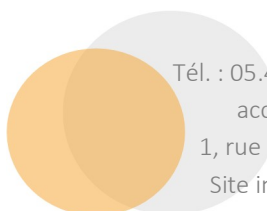
.....

Fait le

à

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au ⑤.

[illegible]



EHPAD Fondation Brothier

1 Rue du stade
79 190 LIMALONGES



Tel : 05 49 07 63 10

FAX : 05 49 07 47 40

Mail : accueil@fondationbrothier.fr