NOTICE EXPLICATIVE

Le présent dossier de demande unique, validée par le Conseil de la Vie Sociale de la Résidence Les Églantines le 12/09/2019 et le Conseil de la Vie Sociale de la résidence l'Escale le 16/09/2019, est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en situation de handicap.

L'Association de Bienfaisance du Sud Estuaire est composée de 5 établissements œuvrant auprès des personnes âgées (dépendantes ou autonomes) et/ou en situation de handicap.

Les 5 types d'établissements :

- Résidence Les Églantines, EHPAD pour personnes âgées dépendantes, autonomes de + de 60 ans
- La Résidence Autonomie Le Béguinage, pour personnes âgées autonomes de + de 60 ans
- L'Accueil Temporaire autonome L'Escale, pour personnes âgées de + de 60 ans
- Le Foyer de Vie L'Escale, pour personnes en situation de handicap vieillissantes
- Le portage de repas à domicile : AGE *(Actions Gérontologiques de l'Estuaire)*

Le dossier d'inscription est composé en deux volets :

- 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 son 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 à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement.

Une fois complet, merci de contacter l'établissement concerné par la demande d'inscription ; un rendez-vous sera proposé par la suite, afin de vous rencontrer, faire le point sur la demande, et effectuer une visite de l'établissement. Vous trouverez en annexe du présent dossier, la notice et le formulaire de désignation de la personne de confiance, qui devra être complété et remis lors du rendez-vous

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Photocopie de la carte nationale d'identité
- Mesures de protection, le cas échéant (tutelle, curatelle, protection familiale)
- Dossier médical (avec dernière ordonnance en cours) sous enveloppe confidentielle rempli par le médecin qui vous suit actuellement (traitant ou hospitalier)
- Formulaire de désignation de la personne de confiance
- Si – de 60 ans, une dérogation d'âge est à demander auprès du Conseil Départemental

TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCOMPAGNEMENT SOUHAITÉ

RÉSIDENCE LES ÉGLANTINES

5 rue de bel air 44320 FROSSAY
Tél : 02.40.39.88.50

Hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes, Accueil de jour et Accueil de nuit

□ Hébergement permanent
□ Chambre simple □ Chambre double

□ Accueil de jour :
□ Lundi □ Jeudi
□ Mardi □ Vendredi
□ Mercredi

□ Accueil de nuit :
□ Lundi □ Jeudi
□ Mardi □ Vendredi
□ Mercredi

Date d'entrée souhaitée :
□ Immédiat
□ Dans l'année
□ Inscription préventive
□ Autre : _____

RÉSIDENCE AUTOMONIE LE BÉGUINAGE

17 rue du magnolia 44320 FROSSAY
Tél : 02.28.53.73.68

Hébergement permanent pour personnes âgées autonomes

Logement souhaité :
□ T1
□ T1 bis
□ T2

Date d'entrée souhaitée
□ Immédiat
□ Dans l'année
□ Inscription préventive
□ Autre : _____

ACCUEIL TEMPORAIRE L'ESCALE

7 route des mares 44320 FROSSAY
Tél : 02.40.39.39.40

Accueil temporaire pour personnes âgées de plus de 60 ans

□ Personne seule
□ Couple

Dates du séjour *(90 jours par année civile) :*
Du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____
Du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____
Du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

PORTAGE DE REPAS : AGE

2 rue contant riou 44560 PAIMBOEUF
Tél : 02.40.27.55.75

Pour toute demande, merci de contacter le secrétariat ouvert du lundi au vendredi de 08h30 à 12h00.

FOYER DE VIE L'ESCALE

7 bis route des mares 44320 FROSSAY
Tél : 02.40.39.39.41

Hébergement permanent et temporaire pour personnes âgées en situation de handicap, Accueil de jour

□ Hébergement permanent

□ Accueil de jour :
□ Lundi □ Jeudi
□ Mardi □ Vendredi
□ Mercredi

Date d'entrée souhaitée
□ Immédiat
□ Dans l'année
□ Inscription préventive
□ Autre : _____

ABSE

DOSSIER ADMINISTRATIF À REMETTRE À L'ÉTABLISSEMENT

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

□ Madame □ Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale :

□ Célibataire □ Marié(e) □ Veuf(ve) □ Vit maritalement □ Pacsé(e) □ Séparé(e) □ Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Caisse d'assurance maladie : _____ Numéro sécurité sociale : _____

2. DROITS SOCIAUX

AL/APL *Préciser le numéro allocataire :* _____	□ Oui □ Non
APA	□ Oui □ Non
Aide sociale	□ Oui □ Non
Protection juridique *Préciser laquelle :* _____	□ Oui □ Non

3. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Présence d'un proche aidant[1] : □ Oui □ Non

Actuellement :

□ Domicile □ Chez enfant/proche □ Hôpital □ Résidence autonomie □ Résidence service seniors

Autre (précisez) : _____

Adresse :

N° voie, rue, boulevard : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ___ / ___ /___ / ___ /___ / Téléphone portable : ___ / ___ /___ / ___ /___ /

Adresse e-mail : _____

[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, modifié par l'article 51 de la loi ASV du 28 décembre 2015.*

ABSE

4. MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- □ Maintien au domicile difficile
- □ Perte d'autonomie importante
- □ Isolement social/familial
- □ Soulagement du proche aidant
- □ Difficulté d'interventions des prestataires au domicile
- □ Autre : _____

Si urgence, précisez la demande

- □ Mise en danger / insécurité au domicile
- □ Isolement social/familial
- □ Sortie d'hospitalisation, centre convalescence
- □ Retour à domicile impossible
- □ Autre : _____

5. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE LA DEMANDE

La personne concernée elle-même : □ Oui □ Non

Si non, indiquer la personne à contacter :

□ Madame □ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

□ Proche aidant □ Personne de confiance[2] □ Personne chargée de la protection juridique[3]

Adresse :

N° voie, rue, boulevard : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ___ / ___ /___ / ___ /___ / Téléphone portable : ___ / ___ /___ / ___ /___ /

Adresse e-mail : _____

Mesure de protection juridique : □ Oui □ Non □ En cours

Si oui, indiquer laquelle :

□ Tutelle / Curatelle □ Sauvegarde de justice □ Mandat de protection juridique □ Habilitation familiale

Autre personne à contacter

□ Madame □ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

□ Proche aidant □ Personne de confiance □ Personne chargée de la protection juridique

---

[2] *« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »*

[3] *« Curateur, tuteur, mandataire dans le cadre d'un mandat spécial, mandataire dans le cadre d'un mandat de protection future, personne désignée dans le cadre d'une habilitation familiale. »*

Adresse :

N° voie, rue, boulevard : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ___ / ___ /___ / ___ /___ / Téléphone portable : ___ / ___ /___ / ___ /___ /

Adresse e-mail : _____

6. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

□ Madame □ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

N° voie, rue, boulevard : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ___ / ___ /___ / ___ /___ /

Adresse e-mail : _____

7. OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Date de la demande :

Signature de la personne concernée ou du représentant légal :

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE AU MÉDECIN TRAITANT

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

AVIS DU MÉDECIN COORDONNATEUR	
☐ FAVORABLE	☐ DEFAVORABLE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Contexte de la demande et pathologies actuelles
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille		Poids		Amaigrissement récent	Oui	Non

Conduites à risque	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Fonctions sensorielles	Oui	Non
Cécité		
Surdité		

Rééducation	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (à préciser)		

Risque de chute	Oui	Non

Risque de fausse route	Oui	Non

Soins palliatifs	Oui	Non

Allergies	Oui	Non	Si oui, préciser :
Portage de bactérie	Oui	Non	Si oui, préciser :
Multirésistante	Ne sait pas		
			Date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		**A**[4]	**B**[5]	**C**[6]
Transfert				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes psycho-comportementaux	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris…)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants :		
- Déambulations pathologiques		
- Gestes incessants		
- Risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		

[4] *A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.*
[5] *B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.*
[6] *C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.*

ABSE

Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (préciser) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- continue		
- non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		
Durée du soin :		
Type de pansement (à préciser) :		

Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, …) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, …)	
Médecin qui a renseigné le dossier (si différent du médecin traitant) **Nom – Prénom :** **Adresse :** **N° de téléphone :**	**Signature, date et cachet du médecin**

ABSE

NOTICE : LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

- **Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer. Elle a **un devoir de confidentialité** concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

- **Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale**

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

ABSE

Attention :

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

QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

QUI PEUT ÊTRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.
Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.
Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.
La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaitre vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie [entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), passage à la retraite], de votre état de santé, l'annonce d'une maladie grave (...) : désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits seront respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

Dans le cas particulier où vous seriez hospitalisé(e), il vous sera demandé si vous avez désigné une personne de confiance et il vous sera proposé d'en désigner une pour la durée de l'hospitalisation. Mais ce n'est pas obligatoire.

COMMENT LA DÉSIGNER ?

La désignation doit se faire par écrit : vous pouvez la faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou utiliser le formulaire joint. Elle doit cosigner le document la désignant.
Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit). Il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.

COMMENT FAIRE CONNAÎTRE CE DOCUMENT ET LE CONSERVER ?

Il est important que les professionnels de santé soient informés que vous avez choisi votre personne de confiance et aient ses coordonnées dans votre dossier : il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical de votre médecin traitant et/ou celui de l'équipe soignante hospitalière quand il y en a une, et/ou de l'EHPAD ou de tout autre lieu de résidence/d'hébergement (établissement social ou médico-social), (personnes en situation de grande dépendance ou de précarité).

Vous pouvez également le conserver avec vous.

À terme, le nom de votre personne de confiance pourrait être inscrit sur votre Dossier Médical Partagé.
Il est important également que les proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

AUTRES RÔLES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance peut intervenir dans des contextes médicaux particulièrement encadrés par la loi :

- Les essais thérapeutiques : elle reçoit l'information adaptée si le patient ou son représentant légal ne peut pas la recevoir ;
- La recherche biomédicale : dans les situations où le consentement de la personne ne peut être recueilli (urgence ou personne hors d'état de le donner), celui-ci peut être demandé à la personne de confiance ;
- Les tests génétiques : lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de la personne concernée, la personne de confiance peut être consultée ;
- Lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la personne de confiance peut accompagner la personne malade lors des autorisations de sortie.

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

_____

_____

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone privé : __ / __ / __ / __ / __ / professionnel : __ / __ / __ / __ / __ / portable : __ / __ / __ / __ / __ /

E-mail : _____

- 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 à : le :

Signature Signature de la personne de confiance