



**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

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'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD 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)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- 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 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 le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (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 code de l'action sociale et des familles.

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 code de l'action sociale et des familles (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...)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)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

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 une ou plusieurs cases)

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 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

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

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
 amaigrissement 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) :		

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

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

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).

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

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



INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Lieu d'hospitalisation :

Hôpital de Montauban

Clinique de Pont de Chaume

Clinique croix saint Michel

Indifférent

Refus hospitalisation

Désir crémation : Oui Non

Porte un pace maker : Oui Non

Donne son corps : Oui Non

Donne ses organes : Oui Non

Donne son cerveau : Oui Non

Accord du droit à l'image : Oui Non

Organisme de pompe funèbre :

Numéro de contrat obsèques :

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adultes et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

✦ 1 Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

✦ 2 Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

✦ 3 Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société

✦ 4 Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes

✦ 5 Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles

✦ 6 Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

✦ 7 Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

✦ 8 Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

✦ 9 Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utilisés.

✦ 10 Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

✦ 11 Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée : en fin de vie et à sa famille.

✦ 12 La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

✦ 13 Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

✦ 14 L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

TROUSSEAU TYPE DU RESIDENT

HYGIENE	
<ul style="list-style-type: none"> • Savon • Gel douche • Shampoing • Eau de Cologne • Dentifrice • Stéradent • Fixe dents • Brosse à dents • Gobelet à dents • Boite à dents 	<ul style="list-style-type: none"> • Peigne • Brosse à cheveux • Coupe ongles • Rasoir pour homme • Mousse à raser • Après-rasage • Une poubelle de salle de bain • Une petite cuvette • Une brosse pour WC <p>trousse de toilette complète en cas d'hospitalisation. + Linge de toilette (gants/serviettes)</p>
GARDE ROBE (Tous les vêtements et linge de maison doivent être marqués au nom de la personne)	
MONSIEUR	MADAME
<ul style="list-style-type: none"> • 7 slips • 7 tricots de peau • 7 paires de chaussettes • 4 combinaisons • 4 pantalons • 7 tee-shirts • 4 pulls • 5 gilets • 7 pyjamas • 2 robes de chambre • 1 paire de chausson • 1 paire de chaussure confortable hiver • 1 paire de chaussure confortable été • Mouchoir (papier ou tissu) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 culottes • 5 soutiens-gorges • 7 tricots de peau • 7 paires de bas ou collants • 7 paires de chaussettes • 4 combinaisons • 5 robes ou jupes • 4 pantalons • 5 chemisiers • 4 pulls • 5 gilets • 7 chemises de nuit ou pyjamas • 2 robes de chambre • 1 paire de chausson • 1 paire de chaussure confortable hiver • 1 paire de chaussure confortable été • Mouchoir (papier ou tissu)
MOBILIER - AUTRE	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 chevet+ 1 lampe de chevet • 1 armoire (si pas de placard dans la chambre) • 1 petite table, 2 chaises • 1 fauteuil électrique si possible releveur en matière imperméable • 1 télévision + 1 câble d'antenne +1 meuble TV • 1 meuble en plastique 3 tiroirs à roulette 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adaptable 1 dessus de lit (90*190) 1 corbeille à linge (si le linge ne sera pas entretenu par l'ehpad) • 1 multiprise (norme NF/CE) avec voyant lumineux ON/OFF. • Décoration (photo, cadre, calendrier, pendule, réveil, poste radio...) • Sac ou petite valise en cas d'hospitalisation

TARIFS 2024

- L'hébergement (A) :

Studio	Grande chambre	Petite chambre	Couple par personne
94.26€	69.63€	62.99€	62.99€

- La dépendance (B) :

GIR 5 - 6	GIR 3 - 4	GIR 1 - 2	- DE 60 Ans
5.66 €	15.07 €	23.75€	19.78€

- L'APA (Aide personnalisée à l'autonomie) est calculée par le Conseil Général en fonction des revenus, son montant maximum est de (C) :

	GIR 5 - 6	GIR 3 - 4	GIR 1 - 2
APA	0 €	9.41 €	18.09 €

Votre tarif journalier sera au minimum égal à : **A + B - C.**

En fonction de vos revenus et de l'APA octroyé, le montant total pour 31 jours sera au moins de :

	A + B - C
Studio	3097.52 €
Grande chambre	2333.99 €
Petite chambre	2128.15 €
Couple par personne	2128.15 €

A l'entrée dans notre établissement, une caution égale à 31 jours du tarif « HEBERGEMENT » et 31 jours du tarif GIR 5/6 vous sera demandée. (2128.15€)

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées : qu'est-ce-c'est ?

Les directives anticipées (DA) sont des instructions données par avance aux médecins pour une prise en charge en fin de vie adaptée à votre volonté.

- Données aux médecins : ça veut dire qu'elles doivent être écrites et signées.
- Par avance : ça veut dire qu'elles préparent votre prise en charge dans le cas où vous ne seriez plus en situation d'exprimer votre volonté (ex : perte de conscience définitive).

Il ne s'agit plus de dire que vous ne souhaitez plus "d'acharnement thérapeutique" mais de préciser si, dans le cas d'une perte de conscience considérée par les médecins comme **définitive**, vous souhaitez être maintenu artificiellement en vie, (alimentation artificielle, un respirateur artificiel, etc....).

Plusieurs points très importants sont à préciser :

1°) vous n'êtes pas obligé d'établir des DA, mais si vous en établissez les médecins sont obligés de les respecter (sauf dans deux situations : d'urgence et DA incohérentes).

2°) elles ne seront utilisées qu'en cas de perte de conscience définitive ou si vos capacités intellectuelles ne vous permettent plus d'exprimer clairement votre volonté (ex : maladie d'Alzheimer évoluée).

3°) vous pouvez les modifier ou les annuler comme vous voulez et quand vous voulez.

4°) les DA sont bien sur soumises au secret professionnel, mais vous n'êtes pas obligé de les divulguer.

5°) vous pouvez ou **pas**, les faire connaître à votre famille ou à vos proches, dans tous les cas elles prennent le pas sur leurs souhaits à eux.

6°) on n'établit pas seul(e) ses DA à la va vite sur un coin de table, cela se fait au bout de plusieurs entretiens qui ont pour but de vous aider dans votre démarche après avoir reçu les informations et explications nécessaires, et pris le temps de la réflexion. Pour cela, à l'aide d'un formulaire précis et adapté à votre situation qui vous sera remis à l'EHPAD, vous pourrez solliciter l'aide de votre médecin traitant, et bien sur celle de tout autre personne (personne de confiance, famille, soignant, non soignant...).

7°) vous pouvez conserver vos DA dans votre chambre, ou bien demander à votre médecin de les conserver dans votre dossier médical, ou les transmette à l'équipe médicale de la maison de retraite qui les conservera dans votre dossier. Dans tous les cas il est important que les soignants qui s'occupent de vous sachent que vous avez établi des directives anticipées pour pouvoir les faire respecter le moment venu.

LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance : qui est-ce ?

La personne de confiance (PA) est une personne en qui vous avez toute confiance - conjoint(e), enfant, médecin traitant, ami(e) ; etc. - que vous désignez en votre âme et conscience pour vous aider, vous accompagner, vous soutenir et vous représenter.

- Vous aidez : pour prendre des décisions concernant votre santé.
- Vous accompagnez : physiquement par exemple pour assister à des consultations médicales, mais aussi moralement lors de certains diagnostics ou lors de décisions difficiles.
- Vous soutenir dans votre cheminement personnel sur votre état de santé.
- Vous représentez, pour faire valoir votre position et indiquer vos décisions à l'équipe médicale si vous n'êtes plus en situation de vous exprimer clairement.

Plusieurs points très importants sont à préciser :

1°) la personne de confiance vous assiste mais **ne vous remplace pas**.

2°) elle est tenue au secret professionnel et ne peut en aucun cas divulguer des informations médicales vous concernant.

3°) elle peut vous aider à établir des directives anticipées, elle peut aussi les conserver. Ce sera alors à elle de les transmettre aux médecins le moment voulu. Elle peut aussi les conserver sans en connaître la teneur si vous le souhaitez.

4°) si votre état de santé rend toute communication avec vous impossible c'est à la personne de confiance que les médecins s'adresseront en premier avant toute investigation ou intervention médicale ou chirurgicale.

5°) le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance, elle n'a pas d'accès au dossier médical. Elle peut, à votre demande, assister aux consultations médicales mais reste dans ce cas, liée par le secret médical.

Si vous souhaitez établir des directives anticipées et/ou nommer une personne de confiance, le médecin coordonnateur et la psychologue de l'EHPAD se tiennent à votre disposition.

NOTE D'INFORMATION DES USAGERS RELATIVE AU CONSENTEMENT A

L'HEBERGEMENT DE DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

1 - Vous allez être pris en charge par l'EHPAD de l'Ange Gardien à Montauban, dans ce cadre, des données de santé à caractère personnel vous concernant peuvent être hébergées à l'extérieur de l'établissement, par un hébergeur. Cet hébergeur dispose de l'agrément délivré par le Ministre en charge de la Santé, et ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement exprès ou celui de votre représentant légal. Ce consentement est dématérialisé (il est conservé dans le système informatique et non sous la forme d'un document papier) et son recueil est tracé (la date de votre consentement et l'identité de la personne qui le recueille sont également conservés). La finalité de cet hébergement consiste à :

- Garantir la conservation, l'archivage et la sécurité des données de santé à caractère personnel
- Assurer le respect des exigences de confidentialité, de sécurité et de pérennité de ces données. Vous pouvez, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. A
- Accéder à vos données de santé à caractère personnel hébergées et en demander la rectification.
- Demander copie de l'historique des accès aux données de santé hébergées, des consultations ainsi que du contenu des informations consultées et des traitements éventuellement opérés.

Seuls les établissements et les professionnels de santé participant à votre prise en charge peuvent accéder aux données de santé hébergées, ainsi que le médecin présent chez l'hébergeur qui, comme le prévoit le code de la santé publique, est le garant de la confidentialité des données de santé à caractère personnel hébergées et veille aux conditions d'accès à ces données dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du code de la santé publique. Ses missions s'exercent dans le cadre de l'organisation prévue dans le contrat qui lie l'hébergeur au responsable du traitement et dans le cadre de l'exécution de son contrat de travail. Pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser, par courrier ou par courriel, ou vous rendre directement auprès du service de l'établissement ou du professionnel de santé qui participe à votre prise en charge.

NOTE D'INFORMATION DES USAGERS RELATIVE AU CONSENTEMENT

AU DMP (dossier médical partagé).

A l'occasion de votre prise en charge, vous pouvez aussi demander la création de votre DMP (ou elle vous sera proposée), afin de faciliter la coordination, la qualité et la continuité des soins entre les professionnels de santé qui vous soignent. Seuls les professionnels de santé que vous autorisez peuvent alimenter et/ou consulter votre DMP.

Votre consentement à la création de votre DMP est recueilli de façon dématérialisée et son recueil est tracé. Pour garantir leur confidentialité, les données de votre DMP sont stockées chez un hébergeur national, agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

(Pour plus d'informations, vous pouvez vous adresser aux professionnels de santé qui participent à la prise en charge ou consulter la brochure d'information du DMP le site dmp.gouv.fr)