

RESIDENCE DE KERNETH

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES (EHPAD)

ARRADON



CONTRAT DE SEJOUR / DIPC

EHPAD de Kerneth – 6 rue Plessis – 56610 ARRADON
Tél. : 02.97.44.70.25 – Fax : 02.97.44.79.34 – Mail : accueil.kerneth@arradon.fr

Table des matières

I. CONDITIONS D'ADMISSION	7
II. DUREE DU SEJOUR	7
III. PRESTATIONS ASSURES PAR L'ETABLISSEMENT	7
1. Socle de prestations	7
a) Prestations d'administration générale :	7
b) Prestations d'accueil hôtelier :	8
c) Prestation de restauration :	8
d) Prestation de blanchissage :	8
e) Prestation d'animation de la vie sociale :	8
2. Description du logement et apport de mobilier personnel	8
3. Restauration	10
4. Le linge et son entretien	10
5. Produits d'hygiène	10
6. Marquage des prothèses (appareil dentaire, prothèse auditive et lunettes)	10
7. Animation	11
8. Aide à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	11
9. Prestations à titre payant	12
IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE	12
1. Prestations	12
2. Médecin coordonnateur	13
V. LE POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES	14
VI. COUT DU SEJOUR ET PARTICIPATION FINANCIERE	15
1. Montant des frais de séjour	15
2. Frais d'hébergement	15
3. Frais liés à la perte d'autonomie, à la dépendance	15
4. Frais liés aux soins	16
5. Paiement d'un dépôt de garantie à titre de provision	17
6. Engagement de payer	17
VII. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION	17
1. Hospitalisation	17
2. Absences Pour Convenances Personnelles	17
3. Facturation De La Dépendance En Cas d'hospitalisation Ou d'absence De Convenance Personnelle	18
VIII. REVISION OU RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR	18
1. Révision	18
2. Résiliation à l'initiative du résident :	18
3. Résiliation à l'initiative de l'établissement :	18
a) <i>La personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement.</i>	18

b)	Inexécution par la personne accueillie d'une obligation qui lui incombe au titre de son contrat ou manquement grave ou répété du règlement de fonctionnement.	19
c)	Incompatibilité du comportement du résident avec la vie collective au sein de l'établissement	19
d)	Résiliation pour défaut de paiement	19
e)	Résiliation pour décès	19
4.	Disposition applicable à tous les cas de résiliation du contrat	20
IX.	PROTECTIONS DES BIENS ET DES PERSONNES	20
1.	Assurances	20
2.	Biens et valeurs personnels	20
3.	Droit à l'image	21
4.	La personne de confiance	21
X.	REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	21
XI.	CONDITIONS DE VALIDITE DU CONTRAT	22

CONTRAT DE SEJOUR

- Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Vu la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- Vu la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation,
- Vu le décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF),
- Vu le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Vu le décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD.
- Vu l'article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- Vu l'article D311 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- Vu l'article R6145-4 du code de la Santé Publique (CSP),

Le contrat de séjour définit les droits et obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Ce contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service.

Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel (article L311-4 CASF).

Les personnes appelées à souscrire un contrat de séjour sont invitées à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Elles peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du CSP s'ils en ont désigné une et/ou de la personne qualifiée au sens de l'article L311-5 du CASF.

Conformément à l'article D.311 du code de l'action sociale et des familles, un contrat de séjour est conclu entre la personne accueillie ou son représentant légal et le représentant de l'établissement. Toutefois, il est précisé que si la personne accueillie refuse ou ne peut signer le contrat et si elle n'a pas de représentant légal, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge (DIPC).

Le contrat est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Il les cite en références et ne peut y contrevenir. Il est remis à chaque personne et le cas échéant, à son représentant légal, de préférence avant l'entrée et au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission. Il doit être signé dans le mois qui suit l'admission.

Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédure amiable ou lorsqu'elle a échoué, portés selon les cas devant les tribunaux de l'ordre judiciaire ou administratif compétents.

La résidence de KERNETH est un établissement public rattaché au CCAS d'Arradon.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais inhérents à la dépendance.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

Ce document a reçu un avis du conseil de la vie sociale le 26 janvier 2023 et a été voté par le conseil d'administration le 09 février 2023.

CONTRAT DE SEJOUR

Le contrat de séjour est conclu entre:

D'une part,

La résidence de KERNETH, représenté par la direction ou son représentant

Et d'autre part :

...Mme Paulette DEFFAUX.....
(Indiquer nom(s) et prénom(s))

Né le 28/06/1928 à PARIS. Dénommé les résidents,

dans le présent document.

Le cas échéant, représenté(e) par la personne :

Mr / Mme (indiquer nom(s) et prénoms(s))

Né(e) le à

Adresse :

Lien de parenté (s'il existe) :

Dénommé le représentant légal. (joindre la photocopie du jugement)

OU

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Il est établi un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) par l'EHPAD

Résidence Kerneth, représenté par la direction ou son représentant :

Au bénéfice du résident

..... (indiquer nom(s) et prénoms(s))

Né le à Dénommé le résident,

dans le présent document.

Il est convenu ce qui suit :

I. CONDITIONS D'ADMISSION

Les demandes d'inscription sont étudiées après remise du dossier complet de demande d'admission selon la procédure et les critères d'admission définis par l'établissement.

L'Etablissement accueille prioritairement des personnes seules ou en couple âgées d'au moins 60 ans (sauf dérogation autorisée par le Conseil Départemental) :

- domiciliées ou originaires de la Commune
- ayant des descendants à ARRADON ou dans le canton de VANNES OUEST

Il reçoit d'autres personnes âgées dans la limite des places disponibles.

L'établissement s'assurera que chaque demandeur souhaite venir vivre à l'EHPAD de KERNETH d'Arradon. Le consentement du résident à l'entrée dans l'établissement est recherché.

Une liste d'attente est tenue à jour.

L'admission dans l'établissement est prononcée par le Directeur, après avis de la commission d'admission et du Médecin coordonnateur du service.

II. DUREE DU SEJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée à compter du

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties.

Elle correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement.

Toutefois, s'il le souhaite, le futur résident peut réserver sa chambre et décider d'entrer à une date ultérieure, dans la limite de 15 jours. Dans ce cas, seul le tarif journalier de l'hébergement est facturé à compter du jour de réservation de la chambre jusqu'à l'admission effective de la personne accueillie.

III. PRESTATIONS ASSURES PAR L'ETABLISSEMENT

1. Socle de prestations

Conformément à la réglementation, l'établissement délivre les prestations suivantes au résident sans coût supplémentaire :

a) Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie

universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale.

b) Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;

2° Accès à une salle de bain comprenant à minima un lavabo, une douche et des toilettes;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD;

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

9° Accès aux moyens de communication dans toute ou partie de l'établissement.

c) Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

d) Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

e) Prestation d'animation de la vie sociale :

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

Sont également proposés :

L'accès aux jardins, salons et télévisions des parties communes

2. Description du logement et apport de mobilier personnel

Le résident bénéficie d'une chambre à un ou deux lits en fonction des disponibilités.

A la date de la signature du contrat, la chambre **N °.....** est attribuée à

..... .un état des lieux contradictoire et écrit est dressé à l'entrée et à la sortie. Il figure en annexe n°6 du contrat.

Chaque fois que cela est matériellement possible, et sauf avis contraire du médecin coordonnateur, une clé du logement et de la boîte aux lettres est remise au résident.

Descriptif du logement :

Studio d'environ 33 m² (pour les T1 bis) et d'environ 50 m² pour les T2 ;

Chaque appartement, loué vide est équipé :

- d'un lit médicalisé
- d'une entrée comportant un placard de rangement aménagé,
- d'un séjour spacieux et lumineux,
- d'une kitchenette équipée d'un évier,
- d'une salle de bains : douche, WC, lavabo,
- d'un dispositif d'appel malade et d'une prise de télévision.

Le résident peut apporter du petit mobilier personnel (fauteuil, commode, tableaux, photos, etc.) dans la limite de la taille de celui-ci et sous réserve du respect des normes de sécurité. Pour des raisons de sécurité, les tapis sont interdits.

Concernant les appareils électriques (téléviseur, bouilloire, etc.) appartenant au résident, un justificatif de conformité délivré par un professionnel est requis.

Le résident a la possibilité de faire installer un appareil de télévision personnel, d'ouvrir une ligne téléphonique auprès d'un opérateur extérieur, et de prendre un abonnement internet.

L'abonnement, les communications téléphoniques, multimédia ainsi que la redevance télévisuelle sont à la charge du résident.

L'établissement dispose de plusieurs espaces communs mis à la disposition des résidents et de leurs proches : salons, salle d'animation, jardins et espaces verts extérieurs.

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement.

Il assure également les tâches de ménage, d'entretien et de réparations des bâtiments et mobiliers de la structure.

Le résident assure l'entretien des équipements et appareils qui lui sont personnels, dans le strict respect des normes de sécurité et des règles d'hygiène (stockage abusif de denrées périssables, de linge sale...).

Le résident doit occuper le logement mis à sa disposition. Il lui est interdit expressément d'héberger durablement une autre personne, quels que puissent être les liens de parenté, d'alliance ou d'amitié avec elle, sauf pour une période très courte, et après autorisation écrite de la direction.

3. Restauration

Quatre repas (petit-déjeuner, déjeuner, collation et dîner) sont servis quotidiennement et inclus dans le prix de journée.

Le petit déjeuner est servi en chambre par le personnel de l'EHPAD. Il peut être préparé par le résident, indépendamment du service.

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre en fonction de l'organisation du service et de l'état de santé du résident.

Les menus de la semaine sont affichés à l'entrée de la salle à manger.

Les régimes alimentaires et textures modifiées de repas prescrits par le médecin sont pris en compte dans la composition du repas proposé.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner. Le prix du repas accompagnant est fixé par le CA du CCAS et communiqué aux intéressés chaque année par voie d'affichage. Une réservation doit être faite au préalable auprès de l'accueil au moins deux jours à l'avance.

4. Le linge et son entretien

Le linge domestique (draps, couvertures, alèses, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Il est nécessaire de prévoir du linge personnel en quantité suffisante et de le renouveler autant que nécessaire (voir trousseau type en annexe n°10).

Tout linge personnel doit être remis à la lingerie qui organise le marquage avec les étiquettes et ce, tout au long du séjour.

L'entretien du trousseau du résident est assuré par l'établissement. Le résident ou sa famille peut, s'il le souhaite, entretenir le linge personnel. Dans tous les cas et afin d'éviter les pertes en cas d'erreur de circuit, le linge doit être marqué au nom du résident.

Les textiles délicats ou nécessitant un nettoyage à sec ne peuvent pas être pris en charge par la blanchisserie de l'établissement. L'établissement ne saurait être tenu pour responsable dans le cas où une pièce n'aurait pas supporté le lessivage et le séchage. De même, la responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée en cas de perte de linge non marqué par ses soins.

5. Produits d'hygiène

Les produits d'hygiène et de toilette tels que savon, shampoing, brosse à dents, dentifrice, eau de toilette, brosse, peigne, rasoir, boîte à dentier, etc. ne sont pas fournis par l'établissement. Une liste du nécessaire de toilette de base est proposée en annexe n°10 du contrat de séjour.

6. Marquage des prothèses (appareil dentaire, prothèse auditive et lunettes)

Il est conseillé à la famille de faire graver lunettes et prothèses aux initiales du résident avant l'entrée.

7. Animation

Des actions d'animation sont régulièrement organisées par l'équipe d'animation du service, elles sont ouvertes à tous les résidents et ne donnent pas lieu à une facturation supplémentaire.

Un planning des activités organisées est affiché dans l'établissement.

Les prestations ponctuelles d'animation nécessitant une participation financière seront signalées au cas par cas, s'il y a lieu (sorties, voyages, ...).

8. Aide à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

Le rôle de l'établissement est :

- De favoriser ou de maintenir autant que faire se peut l'autonomie des résidents. C'est pourquoi, tout en garantissant la propreté de l'appartement et du lit par un ménage régulier et en étant attentif à l'hygiène des résidents, l'établissement aura pour tâche, lorsque l'état de santé le permet, de stimuler le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne et l'entretien de son logement.
- De veiller à l'hygiène personnelle dans le respect de la personne âgée : aide à la douche (friction du dos) de façon à maintenir ou à restaurer l'autonomie au maximum.
- En cas de dépendance croissante l'établissement s'engage à apporter toute l'aide nécessaire concernant la toilette, l'alimentation, l'habillement et les déplacements internes en se référant à l'évaluation du degré d'autonomie du résident (grille AGGIR).

Les protections en cas d'incontinence sont fournies par l'établissement.

Attention : En cas d'inadaptation de l'état de santé du résident avec les possibilités d'accueil de l'EHPAD, si l'état de santé n'est plus compatible avec le fonctionnement normal de l'établissement (maladies contagieuses, agressivité physique et/ou verbale répétée, incompatibilité de prise en charge en lien avec les moyens matériels et humains de l'établissement, ...), une rencontre sera organisée entre les représentants de l'EHPAD, le résident et sa famille, après consultation du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'établissement, afin d'envisager les modalités de continuité de l'accueil.

Un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) dans lequel sont précisés les objectifs et les prestations adaptés à la personne est annexé à la présente convention, sous forme d'avenant, dans les 6 mois suivant l'accueil du résident(e).

Il est actualisé au moins une fois par an.

Sont comprises dans le prix de journée, les aides qui peuvent être apportées au résident concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'habillement, l'alimentation, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie y compris certains déplacements à l'extérieur de l'établissement organisés dans le cadre de l'animation.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement, notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident, de sa couverture sociale et/ou de sa mutuelle. Les rendez-vous et les transports sont organisés en collaboration entre l'établissement et le résident et/ou sa famille ou représentant légal.

En attendant l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé, les prestations d'action sociale ou médico-sociale, de soins, thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées pouvant être mises en œuvre dès la signature sont mentionnées ci-après :

- Faciliter l'intégration
- Assurer la prise en charge médico-soignante
- Favoriser le lien social et familial.

Attention : Les portes de l'EHPAD étant ouvertes dans la journée, nous ne pouvons pas assurer la surveillance d'une personne dont l'état cognitif amène à des sorties incontrôlées (« fugues »).

Dans un tel cas, une réunion avec le référent familial et tout autre membre de la famille qui le souhaiterait (à charge pour le référent familial d'informer les membres de la famille concernée), et/ou le responsable légal, serait organisée.

Cette rencontre aura pour but de déterminer ensemble la conduite à tenir qui sera notifiée par écrit, contresignée par les deux parties et pourra être dérogatoire aux clauses initiales du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement.

En cas de mise en danger, par elle-même, pour la personne concernée, à laquelle aucune réponse durable ne pourrait être apportée par l'établissement, et qui ne serait pas acceptée par l'une des parties ou par les deux, une autre solution d'hébergement devra être trouvée.

L'établissement apportera son soutien à cette recherche d'un nouveau lieu d'accueil.

Dans l'attente des dispositions seront prises, ou par la famille ou par l'établissement, pour mettre en œuvre des conditions de sécurité en fonction des besoins de la personne concernée.

9. Prestations à titre payant

Le résident pourra bénéficier de services non proposés par l'établissement (coiffeur, esthétique, podologue-pédicure, dame de compagnie...) et en assurera directement le coût et la responsabilité. En cas d'impayés, le prestataire pourra ne plus intervenir auprès du résident.

Il informera le service préalablement à la venue du prestataire de service.

Pour faciliter l'accès à l'information, un classeur de prestataires est mis à la disposition des résidents, à l'accueil de l'établissement, sur simple demande.

En cas d'accompagnement d'un résident en fin de vie ou en soins palliatifs, un lit accompagnant pourra être installé dans la chambre du résident en concertation avec le médecin et l'équipe soignante et en fonction de l'espace disponible dans la chambre. Il sera facturé selon le tarif en vigueur dans l'établissement.

IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE

1. Prestations

Une continuité des soins est assurée 24h/24, 7jours/7 au sein de l'établissement : système d'appel malade, surveillance de nuit, mais il ne peut y avoir une présence constante du personnel dans le logement du résident

Une astreinte infirmière est assurée en lien avec le CHBA.

En cas d'urgence, le SAMU (centre 15) orientera le résident vers l'établissement de son choix (cf. Annexe n°8).

L'établissement ayant opté pour le tarif global de la dotation soins dans le cadre de ses relations avec l'assurance maladie, les consultations des médecins généralistes libéraux, les kinésithérapeutes et les soins infirmiers prescrits sont à la charge de l'établissement.

Les mesures médicales et thérapeutiques individuelles adoptées par l'équipe soignante figurent au dossier médical de la personne prise en charge.

L'établissement ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur, la dispensation des médicaments est assurée par la pharmacie de la commune.

La distribution des médicaments est assurée par le personnel du service.

2. Médecin coordonnateur

Un médecin coordonnateur est présent au sein de l'établissement une journée par semaine ; en vertu de l'article D. 312-158 du CASF le médecin coordonnateur :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ;

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance, liées au dispositif de permanence des soins ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents,

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination ;

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de

la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Dans tous les cas, le consentement éclairé du résident doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Si le résident a désigné une personne de confiance, il communique à l'établissement le nom et les coordonnées de cette personne.

Le résident a la possibilité de communiquer au médecin ou à l'équipe de soins ses directives anticipées ou bien de faire connaître le nom de la personne qui en est dépositaire. Celles-ci seront intégrées à son projet d'accompagnement personnalisé.

V. LE POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES

La résidence de KERNETH dispose d'un PASA situé au rez de chaussée de l'établissement, qui a obtenu la labellisation pour 12 places de PASA en 2011.

Il pourra être proposé un accompagnement thérapeutique spécifique à la journée aux résidents correspondant aux critères d'admission.

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont été créés dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 pour proposer un accompagnement spécifique aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement modérés.

Les pôles d'activités et de soins adaptés accueillent des résidents :

- Souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire neuropsychiatrique) et en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen Mansfield.

Il s'agit d'un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées en journée des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD.

L'admission repose sur une commission constituée du médecin coordonnateur, de la psychologue, de l'infirmière coordinatrice et de l'équipe du PASA, qui validera l'admission au PASA en fonction du score de l'outil (NPI-ES) et de l'échelle d'agitation Cohen- Mansfield.

L'admission du résident au sein du PASA ne majore pas ses frais de séjour.

Lorsque la pathologie du résident évolue et ne correspond plus aux critères de prise en charge au PASA, la décision de sortie du PASA est décidée par la même commission après information du résident et de sa famille.

VI. COUT DU SEJOUR ET PARTICIPATION FINANCIERE

L'établissement est signataire d'une convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé représentant l'assurance maladie.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge.

Les tarifs sont révisables chaque année et sont portés à la connaissance du résident ou de son représentant légal collectivement et individuellement à travers leur représentation au sein du Conseil de la vie sociale, par courrier et par affichage. Les tarifs en vigueur sont affichés dans l'établissement.

1. Montant des frais de séjour

Le paiement des frais de séjour (y compris les suppléments éventuels et les prestations facultatives) s'effectue mensuellement ; à terme à échoir.

Ce paiement s'effectue soit par prélèvement, soit par chèque envoyé au **Centre des finances publiques de Vannes-Municipale – 3 allée du Général Le Troadec – 56000 VANNES**. Aucun paiement ne doit être envoyé à l'EHPAD.

2. Frais d'hébergement

Les prestations hôtelières sont facturables selon une tarification fixée chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

A la date de conclusion du présent contrat, le tarif journalier des frais d'hébergement est de **54.16 €** Euros nets par journée d'hébergement pour un hébergement en chambre double et de **70.01** euros nets par journée pour un hébergement en chambre simple.

Les résidents relevant de l'aide sociale sont redevables des frais de séjour dans la limite de 90% de leurs ressources, 10% des revenus personnels restant à la disposition de la personne âgée sans pouvoir être inférieurs à un montant fixé par le Conseil départemental, appelé « restant à vivre ou argent de poche ».

3. Frais liés à la perte d'autonomie, à la dépendance

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que le résident est susceptible de recevoir.

Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance du résident, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animations et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Le tarif journalier dépendance varie en fonction du niveau de perte d'autonomie du résident (évaluée à partir de la grille AGGIR).

Il s'élève à : - GIR 1/2**26.84**... € nets par jour ;
- GIR 3/4**17.03**... € nets par jour ;
- GIR 5/6 (ticket modérateur).....**7.23**.... € nets par jour.

Les résidents évalués en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier, en fonction de leur niveau de ressources, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental.

Quel que soit son niveau de dépendance, un ticket modérateur est dû par le résident. Il correspond au tarif du GIR 5/6 en vigueur.

Cas du résident du Morbihan

En fonction de sa dépendance (évaluation AGGIR), le résident peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) accordée par le Conseil Départemental. Elle est versée directement sous forme de dotation globale à l'établissement pour les résidents relevant du Conseil Départemental du Morbihan.

Il n'est pas nécessaire de constituer un dossier.

Cette allocation permet de couvrir le tarif dépendance minoré d'une participation à la charge du résident appelé ticket modérateur. La participation du résident correspond au tarif de la dépendance 5/6 (ticket modérateur) de l'établissement.

Cas de résident originaire d'un autre département

Pour les résidents extérieurs au Morbihan, ce versement est étudié au cas par cas en fonction des modalités de versement retenues par le Conseil Départemental concerné. Un dossier complet doit être établi avant l'entrée et adressé au Conseil Départemental du domicile d'origine. Cette allocation peut être versée au résident, à la famille ou directement au Trésor public. La facturation sera établie en conséquence par l'établissement. Cette allocation permet de couvrir le tarif dépendance minoré d'une participation à la charge du résident appelé ticket modérateur. La participation du résident correspond au tarif de la dépendance 5/6 (ticket modérateur) de l'établissement.

4. Frais liés aux soins

En EHPAD, le résident garde le libre choix de l'intervenant libéral (médecin traitant, kinésithérapeute sur prescription médicale), dès lors que ce dernier a signé un contrat avec l'établissement.

La liste des professionnels ayant conclu un contrat est mise à jour et tenue à la disposition des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux, sur demande auprès de l'accueil.

Toute personne peut demander que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel de santé appelé par elle à intervenir dans l'établissement et ayant signé le contrat prévu ci-dessus. Le nom des professionnels libéraux choisis par le résident est précisé en annexe au contrat de séjour N°8.

L'établissement ayant opté pour un tarif global de la dotation soins sans Pharmacie à Usage Intérieur, il prend à sa charge :

- les soins prodigués par les infirmiers et les aides-soignants.
- le petit matériel et les fournitures médicales, y compris les déambulateurs, les fauteuils roulants, les coussins anti escarre.
- les examens de radiologie et de biologie,
- le paiement des consultations des médecins libéraux et aux auxiliaires médicaux libéraux (kinésithérapeutes et orthophonistes) intervenant dans l'établissement.

Sont à la charge du résident, les autres soins tels que les soins de podologue-pédicure, les consultations de spécialistes, les soins dentaires, les prothèses visuelles ou auditives, les autres actes d'imagerie, les frais d'hospitalisation et les transports. Les dispositifs médicaux que les résidents ou leurs familles seraient amenés à acheter en dehors de l'établissement resteront à leur charge.

L'adhésion du résident à une mutuelle santé est donc vivement conseillée.

5. Paiement d'un dépôt de garantie à titre de provision

Le futur résident doit s'acquitter d'un dépôt de garantie à titre de provision pour couvrir des impayés et/ou d'éventuelles dégradations qui lui sont imputables, hors vétusté normale des locaux, suite à l'état des lieux contradictoire de sortie.

Son montant correspond au tarif de 30 journées d'hébergement à la date d'entrée dans l'établissement.

Le dépôt de garantie est encaissé et conservé par le comptable public. Il ne produit pas d'intérêt.

Il sera remboursé en fin de séjour, soit en totalité, soit en partie en fonction des états de paiement et de l'état des lieux contradictoire qui seront réalisés à la sortie.

6. Engagement de payer

En signant le présent contrat, le résident ou son représentant légal, s'engage à acquitter mensuellement le montant des frais de séjour.

Cependant, en cas de difficultés, voire d'impossibilité de paiement et de rejet de demande d'aide sociale, en vertu de l'article L6145-11 du code de la santé publique, les obligés alimentaires doivent s'engager à acquitter les frais de séjour du résident.

Il est donc indispensable, pour chacun des obligés, de signer l'acte de caution solidaire annexé au présent contrat n°5.

En cas de litige, le juge aux affaires familiales sera saisi par l'établissement afin qu'il fixe la contribution mensuelle de chaque obligé alimentaire en fonction de ses facultés.

VII. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

1. Hospitalisation

En cas d'absence pour hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement, le tarif dépendance 5/6 est déduit dès le 1^{er} jour complet d'absence.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier ou psychiatrique à partir du 4^e jour complet, sans limitation de durée au-delà de 72 H. d'absence.

2. Absences Pour Convenances Personnelles

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure ou égale à 72 heures, le résident est redevable du prix de journée en totalité.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré du tarif applicable par le département, à savoir : 7 € par jour à compter du 4^e jour complet, pour une durée maximale de 35 jours par année civile. Au-delà, le résident est redevable du tarif hébergement.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, les frais de séjour ne sont plus facturés au bénéficiaire de l'aide sociale et à l'aide sociale départementale au-delà de 5 semaines d'absences, soit à partir du 36ème jour d'absence dans l'année civile.

3. Facturation De La Dépendance En Cas d'hospitalisation Ou d'absence De Convenance Personnelle

Les modalités sont prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis. Actuellement, le tarif dépendance (ticket modérateur) est déduit dès le premier jour d'absence (hospitalisation et absence pour convenances personnelles).

VIII. REVISION OU RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR

1. Révision

Toute actualisation du contrat de séjour impliquant modification des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclues dans les mêmes conditions.

Nous vous rappelons qu'en cas de litige entre l'EHPAD et vous, vous pouvez faire appel au conciliateur. Pour cela vous, ou un représentant familial, pouvez demander son intervention : le conciliateur est une personne qualifiée inscrite sur une liste établie par le préfet et le président du Conseil Départemental.

2. Résiliation à l'initiative du résident :

Le résident dispose d'un **droit de rétractation** dans les 15 jours qui suivent la signature du contrat sans délai de préavis. Il devra néanmoins s'acquitter du prix de la durée de séjour effectif.

Passé le délai de rétractation, le résident peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment moyennant un préavis de 30 jours.

Il dispose alors d'un délai de réflexion de 48 heures pendant lequel il peut revenir sur cette décision sans avoir à justifier d'un motif.

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé au Directeur de l'établissement.

Le préavis est calculé à partir de la date de réception par l'établissement et il est dû par le résident.

Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

3. Résiliation à l'initiative de l'établissement :

a) La personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement.

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus l'accueil dans l'établissement, la direction prend toute mesure appropriée pour accompagner la réorientation du résident, en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et le médecin coordonnateur de l'établissement.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé. Le logement est libéré, au plus tard, dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

En cas d'urgence, le Directeur est habilité à prendre toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant s'il en existe un et le médecin coordonnateur de l'établissement.

Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé.

Un accompagnement vers une réorientation est alors proposé au résident. Le logement est libéré, au plus tard, dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

b) Inexécution par la personne accueillie d'une obligation qui lui incombe au titre de son contrat ou manquement grave ou répété du règlement de fonctionnement.

La résiliation sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé. Le logement est libéré, au plus tard, dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

c) Incompatibilité du comportement du résident avec la vie collective au sein de l'établissement

Des motifs sérieux et légitimes peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité.

Dans ce cas, les faits établis sont portés à la connaissance du résident ou de son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits, un entretien personnalisé est organisé entre la Direction et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance et/ou d'une personne qualifiée.

La résiliation du contrat est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise contre récépissé au résident et/ou à son représentant légal. Le logement est libéré, au plus tard, dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

d) Résiliation pour défaut de paiement

Tout retard de paiement égal ou supérieur à deux mois est notifié au Résident et s'il en existe un, à son représentant légal, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de trente jours à partir de la réception de la notification.

En cas de non-paiement dans le délai imparti pour la régularisation, le logement sera libéré dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la décision.

e) Résiliation pour décès

En cas de décès, le contrat est résilié de fait, le jour de la libération de la chambre. Le représentant légal et les référents éventuellement désignés par le résident sont immédiatement informés du décès de ce dernier par tous les moyens et éventuellement par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'établissement s'engage, dans la mesure du possible, à respecter les volontés exprimées par écrit et remises sous enveloppe cachetée.

Si 48h après le décès, la chambre n'est pas libérée, le tarif hébergement minoré de 7€, s'applique pour une durée maximale de 6 jours (sauf cas particulier de scellés).

Au-delà de 6 jours, les effets personnels du résident seront stockés. Les héritiers munis des documents de preuve nécessaires, disposent d'un délai maximum de 30 jours, à compter du décès, pour se manifester, faute de quoi l'établissement remettra les effets du défunt au notaire chargé de la succession, à une association ou au service des domaines.

Si le conjoint survivant est également logé dans l'établissement et s'il le désire, une proposition de relogement en chambre individuelle lui sera faite dans les meilleurs délais possibles. Dans le cas contraire, un autre résident pourra occuper le lit resté vacant.

4. Disposition applicable à tous les cas de résiliation du contrat

Un état des lieux contradictoire à la sortie ou au décès du résident est établi suivant l'annexe n°6 au contrat de séjour.

Le dépôt de garantie à titre de provision est restitué, sous réserve d'états d'impayés et du résultat de l'état des lieux de sortie.

En cas d'impayés et/ou de frais engagés en vue de la réparation d'éventuels dégâts causés par le résident ou son entourage, les sommes dues seront déduites du montant restitué.

IX. PROTECTIONS DES BIENS ET DES PERSONNES

1. Assurances

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel.

Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée.

Dans ce cadre, et pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, le résident doit obligatoirement souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents dont il justifie chaque année auprès de l'établissement.

2. Biens et valeurs personnels

Les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par la personne hébergée dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par la personne hébergée restent placés sous sa responsabilité pleine et entière.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par la personne hébergée y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes. Sa responsabilité ne serait retenue que dans le cas où une faute serait établie à son

encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La preuve de la faute est à la charge du demandeur.

La personne hébergée et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

3. Droit à l'image

L'établissement applique l'article 9 du Code Civil et garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

Le service animation ou le personnel de l'établissement peut être amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) ou des enregistrements de voix dans le cadre de son activité. Ces prises de vues sont réalisées au sein de l'établissement et à l'extérieur, lors des sorties.

A l'entrée du résident, un document de consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image est proposé à la signature du résident ou de son représentant légal (s'il est sous tutelle). La renonciation à ce consentement est possible tout au long du séjour par courrier adressé à l'établissement.

4. La personne de confiance

Si le résident ne bénéficie d'aucune mesure de protection de justice (tutelle...), il peut désigner une « personne de confiance », un parent ou un proche, qui sera consultée au cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit (en annexe au présent contrat). Elle est révocable à tout moment. Si le résident le souhaite, la « personne de confiance » l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Si le résident a désigné une personne de confiance, il communique à l'établissement le nom et les coordonnées de cette personne.

X. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement de fonctionnement définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement. Les résidents de l'établissement, le personnel, les familles doivent s'y conformer.

Il est remis et tenu à disposition de toute personne accueillie et/ou, le cas échéant, de son représentant légal avec le livret d'accueil et le contrat de séjour (Cf. Annexe n°1).

Il est affiché dans les locaux de l'établissement et il est également à disposition de chaque personne qui exerce à titre libéral, ou qui intervient à titre bénévole au sein de l'établissement.

La signature du présent contrat par la personne hébergée et/ou son représentant légal vaut acceptation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD en vigueur à la date de signature dudit contrat.

XI. CONDITIONS DE VALIDITE DU CONTRAT

Toutes les dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité.

Toute actualisation du contrat de séjour impliquant modification des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclues dans les mêmes conditions.

Chaque page du présent contrat doit être lu par les deux parties et porter la signature précédée de la mention « Lu et approuvé » du résident ou de son représentant légal si celui-ci fait l'objet d'une mesure de protection des majeurs.

Fait en un exemplaire original (remis au résident après avoir été scanné dans son dossier administratif informatisé).

Signature en portant de façon manuscrite la mention « Lu et approuvé »

Fait à Arradon, le.....

Le Président du Conseil D'Administration du CCAS	La Direction de l'EHPAD de Kerneth	Le Résident : ou son représentant légal
---	---------------------------------------	--

En cas d'établissement d'un DIPC la signature du résident n'est pas requise.

La signature de la personne de confiance si elle a été désignée peut être sollicitée :

J'atteste avoir pris connaissance du présent DIPC ;
La personne de confiance (nom, prénom, signature) :

Pièces à joindre par le résident à la signature du contrat :

- Une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, s'il y a lieu
- Éventuellement, les directives anticipées sous pli cacheté
- Acte de cautionnement solidaire dûment complété et signé.
- Autres documents.
 - 1 photocopie de la carte nationale d'identité et du livret de famille en totalité.
 - 1 carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale "carte Vitale" et l'attestation sur laquelle est fixée cette carte.
 - La carte de mutuelle complémentaire.
 - 1 copie de l'assurance responsabilité civile personnelle.
 - 1 copie de l'assurance pour les biens et objets personnels.
 - 1 copie des déclarations annuelles de tous les organismes de retraite.
 - Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition et le double de la dernière déclaration de revenus.
 - 2 RIB.
 - 1 caution équivalente à 1 mois d'équivalent loyer (celle-ci figurera sur la première facture à régler).
 - Les noms, adresses et téléphones de tous les enfants et la précision du nom de la personne référente (à prévenir)
 - Les imprimés des souhaits familiaux en cas d'hospitalisation et de décès.
 - L'imprimé de remise des clés.
 - Le dossier médical comprenant les adresses de votre médecin traitant et de vos auxiliaires médicaux, ainsi que votre ordonnance en cours.
 - La notification d'APA si vous en bénéficiez au domicile.
- Pour les dossiers de demande APL, préciser la date de mise en retraite et le n° d'Allocataire CAF si existant.

Annexe 1 : Règlement de fonctionnement

(Voir document joint)

Annexe 2 : Coût du séjour à la date d'entrée du résident

A la date de la signature du contrat, le montant du prix de journée hébergement et de la participation au tarif dépendance applicable est de : ...**77.24**. €

Ces tarifs sont révisés chaque année. Une information est systématiquement faite au Résident et/ou son représentant légal.

Le Résident et/ou son représentant souhaite que la facturation mensuelle soit adressée : (barrer la mention inutile)

- Directement au Résident

- A M.....

Annexe N°3 : Dépôt de garantie à titre de provision.

Nom du Résident :
.....

Nom de l'établissement : Résidence de Kerneth

Il est prévu un dépôt de garantie à titre de provision pour couvrir des impayés et/ou d'éventuelles dégradations imputables au résident, hors vétusté normale des locaux, suite à l'état des lieux contradictoire de sortie.

Son montant correspond au tarif de trente journées d'hébergement à la date d'entrée dans l'établissement.

Le dépôt de garantie est encaissé et conservé par le comptable public. Il ne produit pas d'intérêt.

Il sera remboursé en fin de séjour, soit en totalité, soit en partie en fonction des états de paiement et de l'état des lieux contradictoire qui seront réalisés à la sortie.

Le montant de cette provision correspond au coût de 30 jours d'hébergement au jour de votre entrée, Soit..... euros. (pas de dépôt de garantie pour un accueil temporaire).

La provision est payée au moment de l'entrée du résident.

Ce document est présenté à Arradon, le à en qualité de qui le signe.

Nom et signature du résident ou de son représentant

Annexe N°4 : Liste des membres de la famille

NOM- Prénom du Résident :.....

Mettre en numéro 1 le référent familial qui doit être joint prioritairement

- 1) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

- 2) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

- 3) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

- 4) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

- 5) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

- 6) M. / Mme
Lien de parenté :.....
Domicile :
N ° Téléphone :.....
Adresse mail :.....

1 – Généralités

L'acte de cautionnement solidaire est établi en deux exemplaires originaux. L'Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Communal d'action sociale d'ARRADON fait l'objet d'un conventionnement tripartite (Etat-Département-Collectivité), et est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Les prix de journée inhérents à l'hébergement et à la prise en charge de la dépendance sont fixés et révisés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général.

Le cautionnement est un engagement de tiers qui s'engage à payer la dette du résident en cas de défaillance de ce dernier. Conformément aux articles 2015 et 2021 du Code Civil, ce cautionnement est exigé auprès d'un tiers reconnu comme obligé alimentaire envers la personne admise au sein de l'EHPAD.

2 - Engagement

Après avoir pris connaissance du Contrat de Séjour de l'EHPAD de Kerneth du CCAS d'Arradon, établissement sollicité pour accueillir et héberger :

.....
Date de naissanceLieu :
Adresse *actuelle*
.....
.....

Le signataire ci nommé :

Mme/M.....
Date de naissance.....
Adresse actuelle.....

Lien de parenté avec la personne sollicitant l'admission au sein de l'EHPAD d'Arradon (cadre des personnes reconnues comme débiteurs d'aliments) :

.....
déclare se porter caution solidaire de M.....

jusqu'à l'expiration de date de fin de contrat du résident mentionné dans le contrat de séjour ou le cas échéant (durée indéterminée) à la date de départ du résident après respect de :

- Clause du contrat de séjour relative à la facturation en cas de résiliation dudit contrat,
- Clause du contrat de séjour relative au cas de résiliation volontaire du résident,
- Clause du contrat de séjour relative au cas de résiliation à l'initiative de l'établissement.

mentionnant les délais de préavis à respecter, et s'engage en cas de défaillance de M..... à acquitter les frais de séjour (hébergement + talon dépendance) dus dans leur globalité, par celui/celle-ci.

Le signataire se portant caution solidaire, confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main sur les deux originaux, la mention ci-après :

Je soussigné Mme/M..... me porte caution solidaire de M sans bénéfice de discussion des frais de séjour (hébergement + dépendance) dus dans leur globalité par celui/celle-ci, au cours du séjour à l'EHPAD du Centre Communal d'Action Sociale d'Arradon. En cas de défaillance de la personne cautionnée, je m'engage donc à acquitter la totalité des sommes dues. Je confirme avoir une entière connaissance de la nature et de l'étendue de mon engagement.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à ...Arradon..., le.....

SIGNATURE DU CAUTIONNEUR

(Précédée de la mention « lu et approuvé pour caution solidaire »)

Signature du Directeur

de l'EHPAD de Kerneth Représentant de l'établissement hébergeant la personne faisant l'objet du présent acte de cautionnement.

(Précédée de la mention « bon pour acceptation »)

Annexe 6 : Etat des lieux à l'entrée et à la sortie

(Voir document joint)

Charte des droits et liberté de la personne accueillie

Arrêté du 8 septembre 2003

Principe de non-discrimination : Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement : L'accompagnement qui vous est proposé est individualisé et le plus adapté possible à vos besoins.

Droit à l'information : Les résidents ont accès à toute information ou document relatifs à leur accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne :

- Vous disposez du libre choix entre les prestations adaptées qui vous sont offertes.
- Votre consentement éclairé est recherché en vous informant, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à votre compréhension.
- Le droit à votre participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de votre projet individualisé vous est garanti.

Droit à la renonciation : Vous pouvez à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont vous bénéficiez et quitter l'établissement.

Droit au respect des liens familiaux : La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne.

Droit à la protection : Le respect de la confidentialité des informations vous concernant est garanti dans le cadre des lois existantes. Il vous est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins.

Droit à l'autonomie : Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il vous est garanti de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de votre patrimoine et de vos revenus.

Principe de prévention et de soutien : Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie : L'exercice effectif de la totalité de vos droits civiques et de vos libertés individuelles est facilité par l'établissement.

Droit à la pratique religieuse : Les personnels et les résidents s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Respect de la dignité de la personne et de son intimité : Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Annexe n°8: DESIGNATION DES INTERVENANTS EXTERIEURS

Je soussigné : Nom : Prénom :

Ou à défaut, lien avec le résident :

Nom :Prénom :

Qualité :

Certifie avoir eu le libre choix à l'entrée à L'EHPAD et avoir choisi :

Médecin Traitant :

Lieu privilégié d'hospitalisation :

Pharmacie :

Dentiste :

Ophtalmologiste :

Cardiologue :

Taxi/Ambulances :

Kinésithérapeute :

Podologue - Pédicure :

Autres prestations payantes (coiffeur, esthéticienne, etc..) :

Coiffeur :

Autre :

A, le

Nom et signature du résident ou de son représentant légal :

Annexe n° 9 : Autorisation de droit à l'image

Dans le cadre des différentes manifestations et rencontres organisées par la résidence de KERNETH, nos résidents sont souvent amenés à être photographiés.

Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés, en interne ou dans la presse locale.

L'établissement est amené également à utiliser une photo dans le cadre du dossier médical et du dossier de soins avec une diffusion interne et externe dans le respect du secret médical.

C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre de votre droit à l'image.

Nom-prénom : résident (e)

Né le :

Ou à défaut

Nom - prénom du représentant légal :

Agissant au nom de la personne désignée ci-dessus.

- Autorise l'établissement:
- N'autorise pas la prise de photographie et l'usage de mon image
- Autorise la prise et l'usage de mon image dans les strictes conditions suivantes : la prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement, dans un but pédagogique, informatif et de divertissement.
- La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants : dans le dossier médical et de soins
- La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants : exposition de photographies au sein de l'établissement, publication dans le journal interne de l'établissement sur le site Internet de l'établissement, diffusion extérieure dans le cadre des articles transmis à la presse locale.

Toute autre exploitation ou utilisation de mon image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

La présente autorisation est délivrée à titre gracieux uniquement à l'EHPAD de KERNETH et est valable pour toute la durée du séjour

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par l'établissement.

Fait à Le

Annexe n°10 : TROUSSEAU DE LINGE ET NECESSAIRE DE TOILETTE

Le trousseau indicatif qui vous est présenté est à adapter en fonction de vos habitudes de vie.

Au fur et à mesure de votre séjour, le trousseau devra être complété en fonction des besoins comme :

- L'évolution de votre autonomie
- L'alternance des saisons (chaudes et froides)
- L'usure des vêtements
- Le remplacement de matériel



Le linge doit être impérativement marqué des noms et prénoms tissés et cousus à l'entrée du résident et en cours de séjour pour le complément du trousseau.

L'établissement n'assurera pas l'entretien du linge non marqué et déclinera toute responsabilité en cas de perte.

Tous les sous-vêtements : slips, maillots de corps, chemises de nuit, pyjamas doivent être en coton pour faciliter le lavage et bouillir. Certaines matières fragiles ne résistent pas au nettoyage « industriel » appliqué par les services de linge de collectivité, comme par exemple : la laine, la soie, la matière « Damart », le cachemire... Préférez des matières plus résistantes comme le coton, la polaire.

En cas d'hospitalisation, pensez à prévoir un sac ou un petit bagage, pour réunir les affaires personnelles.

Pour le confort des résidents et par mesure d'hygiène, la Direction de la Résidence Kerneth conseille aux familles l'achat de :

- De chaussures souples et confortables en cuir ou en tissu maintenant le pied stable grâce à un talon large et haut de 1 à 2 cm.
- De vêtements faciles à enfiler comportant une fermeture à glissière sur le devant. Il vaut mieux des vêtements d'une coupe ample dans une matière lavable. Il serait préférable pour faciliter l'habillage des résidents de prévoir l'achat de gilets plutôt que des pulls.

Nécessaire de toilette

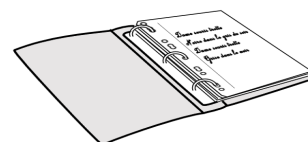


Une trousse de toilette avec :

- Brosse à dent
- Dentifrice
- Boîte à dentier
- Colle à dentier, comprimés effervescents nettoyant (si nécessaire)
- Savon
- Gel douche
- Shampoing
- Peigne - Brosse à cheveux
- Rasoir électrique - rasoir manuel avec lames
- Mousse à raser
- Lotion après rasage
- Boîte à lunettes
- Boîte à appareils auditifs
- Nécessaire d'entretien pour appareils auditifs
- Mouchoirs
- 10 serviettes de toilette + 10 gants de toilettes

NE PAS OUBLIER DE RENOUELER CES FOURNITURES

Equipements supplémentaires



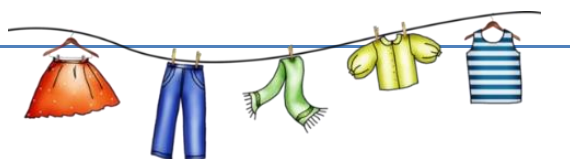
- 2 paniers linges sales qui ferment (1 clair et 1 sombre)
- 1 grande poubelle qui ferme
- Une boîte plastique avec couvercle pour y ranger des denrées alimentaires telles que pain, sucre, biscottes...
- 1 tour de rangement en plastique pour la salle de bain à tiroir sur roulettes
- Balai et pelle pour l'entretien
- 1 panier de rangement (21/29.5) pour produits d'hygiène
- 1 four à micro-ondes

Sous-vêtements



- 7 slips, caleçons / culottes
- 3 soutiens gorge (femme)
- 7 combinaisons ou maillot de corps (femme)
- 7 maillots de corps (homme)
- 7 paires de bas / collants / chaussettes

Vêtements



- 2 robes de chambre ou peignoir
- 6 pyjamas ou chemises de nuit
- 5 chemisiers / t-shirts (femmes)
- 5 chemises/polo (manches longues et courtes) (homme)
- 3 pull-overs
- 3 gilets ou cardigans
- 7 pantalons ou joggings
- 4 robes (manches longues et courtes)
- 4 jupes à élastiques
- 1 ceinture ou bretelles
- 1 manteau
- 1 veste
- 2 paires de chaussons (antidérapant et fermé au talon)
- 1 écharpe
- 2 paires de chaussures (été et hiver)
- 1 chapeau / casquette (protection contre la chaleur)
- 1 Bonnet / chapeau (protection contre le froid)

L'établissement décline toute responsabilité en cas de détérioration du linge qui ne serait pas conforme aux textiles lavables en machine.

Annexe n° 11: Formulaires de désignation de la personne de confiance (art. L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Il s'agit d'une personne librement choisie par le Résident dans son entourage et en qui il a toute confiance (parent, proche ou médecin traitant).

La personne de confiance est habilitée à être informée et consultée lorsque le Résident se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté ou à l'accompagner durant son séjour.

La désignation de la personne de confiance :

- Se fait par écrit
- Est valable pour la durée du séjour
- Est révocable à tout moment par le Résident (demande écrite).

Le rôle de la personne de confiance est (si le Résident le souhaite) :

- D'accompagner le patient dans ses démarches
- D'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions
- D'être consultée pour toute intervention ou investigation lorsque le Résident est hors d'état d'exprimer sa volonté.

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

.....
.....

Reconnais avoir reçu l'information relative à la personne de confiance

Désigne comme personne de confiance

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant...) :

.....

◇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

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à le Signature :

Co signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul-e, le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Deux témoins attestent ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné-e

Nom et prénoms
:..... Qualité (lien avec la personne) :..... Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

◇ Que Mlui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

◇ Que M.....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait àLe

Signature du témoin 1 : Co signature de la personne de confiance

Témoin 2 : Je soussigné-e

Nom et prénoms
:..... Qualité (lien avec la personne) :..... Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

◇ Que Mlui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

◇ Que M.....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait àLe

Signature du témoin 2: Co signature de la personne de confiance

Formulaire de révocation de la personne de confiance (art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

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

Je décide de révoquer la désignation de
Mr / Mme
Prénom : Comme personne de confiance à compter
du/...../

Je ne souhaite pas désigner une autre personne de confiance

Je désigne une nouvelle personne de confiance.

Dans ce cas, un nouveau formulaire de désignation de la personne de confiance vous est remis.

Fait le :

Signature:

CAS PARTICULIER Vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul-e, le formulaire de révocation de la personne de confiance.

Deux témoins attestent ci-dessous que la révocation de la personne de confiance, décrite dans ce formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné-e

Nom et prénoms
:..... Qualité (lien
avec la personne) :..... Atteste
que :

Nom et prénoms.....

A mis fin à la désignation comme personne de confiance de

Nom et prénoms :

Fait àLe

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 : Je soussigné-e

Nom et prénoms
:..... Qualité (lien
avec la personne) :..... Atteste
que :

Nom et
prénoms.....

A mis fin à la désignation comme personne de confiance de

Nom et prénoms :

Fait àLe

Signature du témoin 2 :

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

Présentation¹

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 loi ².

- **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 œuvre.

Si un « dossier médical partagé »³ 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.

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.

² La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre 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.

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.

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 » 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.

Mon identité

Nom et prénoms :

.....

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

.....
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil :

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

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

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 le À

Signature

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 :

- 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

Nom Prénom :

Mes directives anticipées

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 le À

Signature

Nom Prénom :

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 M^{me}

Fait le À

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 M^{me}

Fait le À

Signature

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**
.....

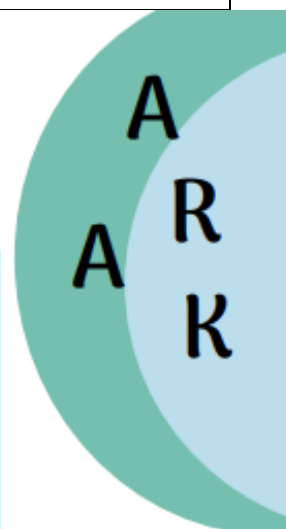
Fait le À

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

ARAK

ASSOCIATION DE RÉSIDENTS ET
AMIS DE KERNETH



Histoire de l'association

Association à but non lucratif de la loi 1901.

Elle a été relancée en 2018 pour promouvoir et soutenir financièrement des projets d'animations afin d'étoffer le programme des activités de l'ÉHPCD.

Le bureau:

Présidente: Dany Urbain

Trésorier: Jean-Pierre Labat

Secrétaire: Olivier Ermeneux

Conseil d'administration:

Directrice et animatrice membres de droit ainsi que tous les résidents, les agents de l'ÉHPCD et les personnes extérieures qui se sont acquittés de leur cotisation annuelle.

Contact:

arakerneth@gmail.com

Nos actions

- .Fête des anniversaires
- .Conférences
- .Manifestations festives et culturelles, conférences
- .Achat de matériel (jeux en bois, tablettes numériques ...)

Les ressources

- .Cotisation annuelle: 15€
- Subvention communale
 - Dons
 - Bénéfices d'actions ex: kermesse, brocante, petit marché de Noël de Kerneth
 - Participation à des actions: ex: salon des créateurs
 - Revente de matériel issu de dons

Nos actions ne peuvent perdurer que grâce à l'implication des bénévoles, des résidents et de leur famille. Par votre adhésion, vous pourrez dynamiser encore plus la vie des résidents, en nous permettant de proposer davantage de manifestations festives et/ou culturelles.

Bulletin d'adhésion 2023

Nom..... Prénom.....
Adresse postale.....
Adresse mail..... Téléphone.....
Facultatif : Nom- prénom de votre proche
Souhaitez-vous recevoir le planning des animations par e-mail : oui - non (rayer la mention inutile)
Ci-joint la cotisation de 15€: espèces - chèque (libellé à l'ordre de l'ARAK)
Date..... Signature :
A déposer à l'accueil de l'établissement ou auprès de l'animatrice
Contact association: Mme Dany Urbain : arakerneth@gmail.com
Je désire faire un don de€

Annexe n°14 : Formulaire de prise en charge d'un animal domestique

La direction de l'établissement, autorise
à emménager accompagné de son animal de compagnie :

L'animal n'aura pas accès aux parties communes et devra être tenu en laisse dans l'enceinte de l'établissement.

Il ne devra en aucun cas causer de désagréments aux autres résidents.

Si le résident venait à être hospitalisé, si son autonomie se dégradait au point qu'il ne puisse prendre soin de celui-ci et notamment assurer l'hygiène, dans tout autre cas empêchant le résident de s'occuper correctement de l'animal ou si la tranquillité des autres résidents venait à être perturbée, celui-ci serait confié à :

M.....

Adresse :

Téléphone :

Qui s'engage à venir chercher l'animal dans les brefs délais et au plus tard dans les 5 heures suivant la demande faite par l'établissement.

Passé ce délai, l'animal serait confié par l'établissement à la fourrière la plus proche.

Dans le cas où la personne mandatée ne pourrait plus respecter les termes du présent avenant, elle s'engage à prévenir sans délai la direction de l'établissement qui fera signer un nouvel engagement à la personne désignée par le résident.

Fait à..... Le.....

M. M. (la personne mandatée)

Qui par sa signature accepte les termes du présent avenant au contrat de séjour de
M.....

Annexe 15 : Souhait de fin de vie

PERSONNES A PREVENIR

Lien avec le Résident (enfant, tuteur....)

Nom Prénom

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Joignable :

➤ En cas d'hospitalisation :

(Cocher la case correspondante)

Quelle que soit l'heure (de jour comme de nuit)

En journée uniquement (de 8h00 à 20h00)

Ne pas prévenir

➤ En cas de consultation médicale :

(Cocher la case correspondante)

Quelle que soit l'heure (de jour comme de nuit)

En journée uniquement (de 8h00 à 20h00)

Ne pas prévenir

➤ En cas de décès :

(Cocher la case correspondante)

Quelle que soit l'heure (de jour comme de nuit)

En journée uniquement (de 8h00 à 20h00)

Ne pas prévenir

EN CAS DE DECES A LA RESIDENCE

➤ CONTRAT OBSEQUES

Un contrat obsèques est-il signé ?

Oui

Non

Si oui, quel est l'organisme ?.....

➤ CHOIX DES POMPES FUNEBRES :

Coordonnées :.....

Adresse :

Téléphone :

Les pompes funèbres seront contactées par la personne de confiance et/ou le tuteur pour les personnes sous mesure de protection.

➤ VETEMENTS SOUHAITES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ DERNIERES VOLONTES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ DON DU CORPS A LA SCIENCE :

- Oui
- Non