DIRECTION COMMUNE
EHPAD Ajain_Boussac_Châtelus-Malvaleix

# COMPLÉMENT D'INFORMATION AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

EHPAD
Les Signolles

1 Rue du Séminaire,
23380 Ajain
05 55 80 95 00
administration@ehpadajain.fr

EHPAD
Eugène Romaine

1 Impasse des Troènes,
23600 Boussac
05 55 65 02 43

EHPAD
Les Quatre Cadrans

5 Rue du Combeau,
23270 Châtelus-Malvaleix
05 55 80 36 00

Contact en charge des dossiers des résidents
**Mme LALANDE Cécile**
05 55 80 31 00
entourage@ehpadajain.fr

Contact en charge des dossiers des résidents
**Mme BOCQUET Elodie**
05 55 65 02 43
entourage-boussac@ehpad-boussac.fr

Contact en charge des dossiers des résidents
**Mme PICARD Stéphanie**
05 55 80 36 00
entourage-chatelus@ehpad-boussac.fr

Assistante Sociale
**Mme BALLET Blandine**
05 55 80 32 70
service.social@ehpadajain.fr

Assistante Sociale
**Madame GASNIER Christine**
06 62 82 00 48
service.social@ ehpad-boussac.fr

Vous nous avez fait parvenir une demande d'admission à l'aide du dossier unique d'admission et/ou de l'outil Via-trajectoire et nous vous en remercions. Afin de finaliser votre dossier, il est nécessaire que nous disposions de plus amples informations.

Ainsi, nous vous prions de bien vouloir trouver, ci-joint, des fiches complémentaires propres à nos établissements de la Direction commune. Celles-ci ont pour objectif d'une part, de vous informer sur certains éléments et d'autre part, de nous permettre de disposer d'informations afin de faciliter votre accompagnement au sein de notre structure.

Par conséquent, nous vous demandons de bien vouloir compléter et de nous retourner les pages **8, 9, 10, 11** ***(si vous souhaitez nommer une personne de confiance)*****, 14, 15, 16 et 17.**

**Tout dossier renseigné en intégralité sera traité en priorité par la commission de préadmission.**

Nous vous remercions par avance de votre compréhension !

**La Direction.**



EHPAD Les Signolles _ 1 rue du Séminaire 23380 Ajain
EHPAD Eugène Romaine _ 1 impasse des Troènes 23600 Boussac
EHPAD Les 4 Cadrans _ 5 rue du Combeau 23270 Châtelus-Malvaleix

# PRISE EN CHARGE DES SOINS POUR LES TROIS ETABLISSMENTS

| Désignation des actes | EHPAD | Résident |
|---|---|---|
| **Personnel médical (généralistes-gériatre) :** | | |
| ✓ Médecin salarié de l'établissement. | X | |
| ✓ Actes médecin traitant ou remplaçant. | X | |
| **Personnel médical (spécialistes) :** | | |
| ✓ Actes - honoraires (y compris dentistes). | | X |
| **Auxiliaires médicaux :** (pédicure, kiné, orthophoniste…). | | |
| ✓ Actes prescrits par le médecin. | X | |
| ✓ Actes à la demande du résident. | | X |
| **Laboratoires :** | | |
| ✓ Investigations biologiques courantes. | X | |
| **Radiologie :** | | |
| ✓ Actes de radiologie ordinaires. | X | |
| ✓ Actes nécessitant recours équipement lourd (scanner, IRM, etc.). | | X |
| **Appareillages personnels :** | | |
| ✓ Lunettes, prothèses dentaires, orthèse, etc. | | X |
| **Traitements :** | | |
| ✓ Tarifés à la séance : hémodialyse, chimiothérapie, radiothérapie… | | X |
| **Transports sanitaires** | | |
| ✓ Consultations… | | X |

# CAS PARTICULIERS : GESTION DES MEDICAMENTS

**Pour Ajain : gestion des médicaments avec une Pharmacie Interne avec prise en charge intégrale dans le cadre de sa dotation globale :**

| | | |
|---|---|---|
| **Pharmacie interne :** | | |
| ✓ Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables. | X | |
| ✓ Petit matériel et fournitures médicales. | X | |
| *(Compresses, sondes urinaires, bandes, cerceaux, nutriments pour supplémentation, ouate pansements, seringues et aiguilles à usage des professionnels non rémunérés à l'acte, sparadrap…).* | | |

**Les établissements de Boussac et de Châtelus-Malvaleix ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI).**

Les médicaments prescrits aux résidents sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre du droit commun. Conformément à la réglementation en vigueur, chaque personne conserve le libre choix de son pharmacien. Néanmoins, afin de garantir la qualité, la sécurité et la traçabilité du circuit du médicament, les établissements ont conventionné avec une officine de ville pour assurer la prestation pharmaceutique au bénéfice de leurs usagers.

**Fonctionnement :**

- Les médicaments peuvent être fournis par la pharmacie de Boussac, en lien direct avec les équipes médicales et soignantes.
- Leur préparation, livraison et suivi sont réalisés selon des procédures conformes aux bonnes pratiques pharmaceutiques.
- La facturation des médicaments est effectuée directement auprès de la Caisse d'Assurance Maladie et de la mutuelle du résident.

**Cas particulier :**

Si vous souhaitez confier votre suivi pharmaceutique à une autre pharmacie de votre choix, une organisation spécifique devra être définie avec l'établissement d'accueil, afin de respecter les obligations légales en matière de sécurité, de traçabilité et de suivi médicamenteux.

# INFORMATIONS SUR LES AIDES SOCIALES

## Le paiement des frais de séjours :

- **L'Aide sociale :**

  En cas de difficulté pour régler les frais de séjours, le Conseil Départemental de votre résidence de secours (lieu d'habitation avant l'entrée en établissement) peut intervenir par l'intermédiaire de l'aide sociale hébergement.

  Ce dispositif est une aide subsidiaire qui n'intervient qu'en dernier recours et qui est récupérable sur l'actif net successoral.

- **L'Allocation Logement :**

  Sous condition de ressource, la CAF ou la MSA peut vous attribuer une aide au logement. La demande est réalisée de manière systématique lors de votre entrée.

## Les assurances et la santé :

- **La mutuelle :**

  Même si vous entrez en EHPAD, il est fortement recommandé de conserver sa mutuelle qui demeure indispensable pour les frais d'hospitalisation, les consultations spécialisées, etc.

  Par ailleurs, certaines mutuelles peuvent vous aider dans le paiement des frais de séjours notamment si vous avez cotisé à un « forfait dépendance ».

  Sous condition de ressource, votre caisse primaire peut vous attribuer l'aide à la Complémentaire santé solidaire (CSS) afin de vous aider à régler vos cotisations de mutuelle.

- **L'assurance responsabilité civile :**

  L'assurance responsabilité civile est indispensable lors de votre entrée en établissement. Si vous le souhaitez et uniquement si vous n'avez aucun bien immobilier vous pouvez solliciter l'assurance responsabilité civile de l'établissement.

## Les statuts particuliers :

Les anciens combattants et les bénéficiaires de certaines caisses de retraite (sncf, gendarmerie, les mines, etc.) peuvent avoir droit à des secours ou aides pour le paiement des frais de séjours.

# TROUSSEAU DE LINGE RECOMMANDÉ

**Le linge est marqué au nom et prénom du résident par notre service lingerie lors de l'entrée. Veuillez noter que la liste du trousseau est donnée à titre indicatif et peut être adaptée en fonction des habitudes de vie de votre proche. Par ailleurs, l'établissement peut, si besoin, proposer des vêtements adaptés.**

## Affaires de toilette : (À renouveler régulièrement)

- Stéradent si dentier
- Peigne – brosse
- Brosse à dents – dentifrice
- Rasoir électrique de préférence
- Eau de toilette.

## Vêtements :

| FEMMES | HOMMES |
|---|---|
| 6 chemises de nuits amples<br>4 combinaisons selon les habitudes<br>7 culottes (si continent)<br>2 robes de chambre<br>5 robes ou jupes ou pantalon selon habitude<br>6 Tricots de peau en coton<br>7 Chaussettes ou bas<br>2 paires de chaussures ou pantoufles (éviter mules ou claquettes)<br>4 gilets<br>1 Manteau ou veste en fonction des saisons<br>10 Mouchoirs | 6 pyjamas<br>6 maillots de corps ou tee-shirts en coton<br>7 slips (si continent)<br>2 robes de chambre<br>5 pantalons ou jogging<br>5 chemises ou polos<br>7 Chaussettes<br>2 paires de chaussures ou pantoufles (éviter mules ou claquettes)<br>4 gilets<br>1 Manteau ou veste en fonction des saisons<br>10 Mouchoirs |

**Le linge fragile (laine, soie, etc.) ne peut pas être traité par notre blanchisserie. Si vous souhaitez tout de même en disposer, il vous est recommandé de le faire traiter directement par vos proches. Pour ce faire, merci d'en informer les agents de votre service d'hébergement.**

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Carte d'identité, livret de famille ou extrait d'acte de naissance avec mention marginales, le cas échéant, titre de séjours.
- ☐ Carte vitale.
- ☐ Carte mutuelle.
- ☐ Attestation d'assuré du régime obligatoire (CPAM ; MSA ; …).
- ☐ Attestation Responsabilité Civile délivrée par l'assureur.
- ☐ Le cas échéant, une copie du jugement de mesure de protection.
- ☐ 1 RIB.
- ☐ Dépôt chèque de garantie de 750 €.

### Pour la demande d'allocation logement (effectuée par l'établissement :

- ☐ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- ☐ Justificatifs des pensions déclarées pour chacune des caisses de retraites.
- ☐ Le cas échéant, numéro d'allocataires.

### Pour la demande d'aide sociale :

- ☐ Dernière déclaration d'impôt.
- ☐ Dernière taxe foncière **et** habitation.
- ☐ Notification d'attribution des prestations familiales (AAH, APL) ainsi que leurs montants.
- ☐ Attestation de placement(s)financier(s) délivrée par les banques, les 6 derniers relevés de comptes et le justificatif du ou des contrats d'assurances vie.
- ☐ Acte de vente ou de donation établi par le notaire pour les dix dernières années.
- ☐ Notification MDPH.
- ☐ Justificatif de la cotisation mutuelle et assurances (habitation et responsabilité civil).
- ☐ Tableaux d'amortissement de prêts.
- ☐ En cas de dépôt de dossier de surendettement, récépissé de la demande et/ou attestation de recevabilité.
- ☐ Le cas échéant, jugement du juge aux affaires familiales.

# LISTE DES PERSONNES À CONTACTER

Document à remettre à l'établissement

## 1 Le représentant administratif *(personne à contacter pour la gestion administrative **uniquement**)*

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec le résident : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

## 2 La personne à prévenir *(en cas d'urgence, d'hospitalisation, …)*

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec le résident : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

## 3 Le représentant légal *(En cas de **tutelle** ou de **curatelle**. Personne désignée être seule à gérer les biens du résident suite à une décision du Tribunal d'Instance. ⚠ **Merci de nous fournir, s'il y a lieu, une copie de l'ordonnance.**)*

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec le résident : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

## 4 La gestion du courrier *(Le courrier destiné au résident et reçu à l'EHPAD peut lui être remis directement ou être renvoyé à la personne suivante, à l'aide d'enveloppes pré-timbrées remises lors de l'admission.)*

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec le résident : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

## NOM ET COORDONNÉES DES ENFANTS

### Premier enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

### Deuxième enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

### Troisième enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

### Quatrième enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

### Cinquième enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

### Sixième enfant :

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |
| Adresse mail : | |

Document à remettre à l'établissement

## CHOIX DES TRANSPORTS (TAXI, AMBULANCE)

| | |
|---|---|
| Nom : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | |

| | |
|---|---|
| Nom : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | |

## CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

*Veuillez émettre votre choix d'établissement par priorité en cas d'hospitalisation.*

| **Choix n°1** | |
|---|---|
| Nom : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | |

| **Choix n°2** | |
|---|---|
| Nom : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | |

## MODALITÉS D'EXERCICE DU DROIT DE VOTE

**Souhaitez-vous voter durant votre séjour ?** Oui ☐ Non ☐

**Êtes-vous inscrit (e) sur une liste électorale ?** Oui ☐ Non ☐

**Si oui, dans quelle commune ?** .....

**Souhaiteriez-vous, afin de faciliter l'exercice de votre droit de vote, être inscrit sur :**

- La commune d'**Ajain ?** Oui ☐ Non ☐
- La commune de **Boussac ?** Oui ☐ Non ☐
- La commune de **Châtelus-Malvaleix ?** Oui ☐ Non ☐

**Préférez-vous voter par procuration ?** Oui ☐ Non ☐

***À savoir :*** *Nos établissements ne dispose pas de moyens suffisant pourpouvoir emmener les résidents voter dans leur commune de résidence originelle. Cependant, les résidents inscrits sur les listes électorales de la commune de l'établissement dans lequel ils résidents (Ajain/Boussac/Châtelus-Malvaleix) peuvent être accompagné. En outre, les résidents peuvent avoir recours à des procurations qui sont organisées en lien avec la gendarmerie.*

Document à remettre à l'établissement

## DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE RÉSIDENT

**(Non obligatoire : au libre choix du résident : CF informations ci-dessous)**

Document à remettre à l'établissement

***(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)***

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « ***personne de confiance*** » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

**Cette désignation est facultative**, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit.

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

---

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. : ……

Souhaite **désigner comme personne de confiance**

Mme, Mlle, M. : ……

Demeurant : ……

Téléphone Fixe : ……

Téléphone Portable : ……

Fait à …… le ……

**Signature :**

***À remplir par la personne de confiance :***

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M…… reconnaît avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de Mme, M. ……

Fait à …… le ……

**Signature :**

# INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

***Code de la Santé Publique : Art. L. 1111-6 :*** ***« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. » « Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement ».***

***« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »***

Avant de vous engager, prenez le temps de la réflexion. Un dialogue approfondi avec votre parent ou proche qui vous a désigné est primordial avant d'accepter, car votre rôle sera de respecter au mieux sa volonté et notamment ses attentes à une période de vie qui peut être difficile.

Vous êtes un parent, un proche ou le médecin traitant d'une personne prise en charge dans notre établissement. Cette personne vous a librement choisi comme « Personne de confiance ».

## Quel est votre rôle ?

Il est défini par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art L. 1111-6 du code). Votre parent ou proche est à même d'exprimer sa volonté, votre rôle est de l'aider à prendre ses décisions.

Votre parent ou proche peut vous demander d'assister aux entretiens médicaux et aux consultations. Vous ne vous exprimez pas à sa place, vous ne décidez pas à sa place, mais vous lui apportez une aide pour prendre ses décisions.

Avec l'accord de votre parent ou votre proche, l'équipe soignante peut vous solliciter pour l'accompagner lors de l'annonce d'un diagnostic ou pronostic grave. Votre présence peut être requise par le médecin si votre parent ou proche demande la consultation de son dossier médical.

Si votre parent ou proche était dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, votre rôle serait d'exprimer sa volonté à sa place. Vous serez consulté pour exprimer la volonté de votre parent ou proche avant tout examen ou traitement, sauf si l'urgence ne le permet pas ou si vous n'êtes pas joignable. Votre avis sera pris en compte mais ne sera pas opposable et le médecin reste libre de son choix en dernier ressort.

## Quels sont vos devoirs ?

Votre parent ou proche attend de vous :

- Une écoute, un soutien, une attention et une aide prudente, raisonnable et avisée.
- Une disponibilité pour répondre à ses demandes.

Si votre parent ou proche était dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, il attend de vous que vous l'exprimiez à sa place en la respectant, même si elle ne correspond pas au choix que vous feriez personnellement dans une situation comparable.

## Quelles sont vos responsabilités ?

Vous allez aider votre parent ou proche et, éventuellement exprimer sa volonté. Vous allez être le dépositaire d'informations confidentielles concernant la vie privée de votre parent ou proche. Vous ne devez pas révéler ces informations sous peine de poursuites.

## Quelles sont les limites de votre accompagnement ?

**Le rôle de personne de confiance ne vous donne pas le droit :**

- D'être informé sur l'état de santé de votre parent ou proche.
- Ni d'accéder seul à un dossier médical. C'est votre parent ou proche qui décide que vous receviez l'information nécessaire à votre rôle d'aide. Cela ne vous donne pas le droit d'en informer d'autres personnes.

## Quand prend fin votre mission ?

Votre parent ou proche peut souhaiter ne plus vous demander de remplir votre rôle de personne de confiance, soit qu'il ne souhaite plus être aidé, soit qu'il désigne une autre personne. Votre mission prend alors fin immédiatement.

Vous pouvez mettre fin à tout moment à votre mission. Nous vous demandons alors de la signaler à votre parent ou proche et de nous adresser un écrit.

## Comment accepter votre rôle ?

Votre parent ou proche vous fera signer le formulaire qui vous désigne comme personne de confiance. Le formulaire de désignation précise votre nom, prénom, adresse et les moyens pour vous joindre, veuillez vérifier que ces informations sont exactes. Ce formulaire sera conservé dans le dossier de soins de votre parent ou proche.

# AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES ET D'ÉCRITS

Document à remettre à l'établissement

Je soussigné(e), Mr/Mme .....

Accompagné(e) au sein de :

- ☐ L'EHPAD Les Signolles d'Ajain
- ☐ L'EHPAD Eugène Romaine de Boussac
- ☐ Les 4 Cadrans de Châtelus-Malvaleix,

**O Autorise**

**O N'autorise pas**

**L'établissement** à communiquer au public les photographies et écrits réalisés dans le cadre de ses actions de communication et d'animation.

## Droits conférés à l'établissement :

Les photographies/images/écrits pourront être reproduits en partie ou en totalité par tous moyens techniques et sur tous supports (papier, plastique, vidéo, etc…) connus et inconnus au jour de la signature de la présente autorisation, et notamment (livret, publicité, projection publique, internet, réseaux informatique, logiciel de soins, expositions, reportage TV…) et intégrées à tout autre matériel (photographie, animation vidéo…)

## Engagement de l'établissement :

Les photographies/images ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies/écrits ne porteront pas atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.

## Contrepartie :

Il est convenu que l'usager, ou son représentant légal, ne demandera pas de contrepartie de quelque nature qu'elle soit à l'EHPAD.

Les droits visés à la présente autorisation, notamment les droits de reproduction et de représentation, sont cédés à titre gratuit.

Fait à ……..…… le ……..……

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et Approuvé, bon pour accord »

# DISPOSITONS DE FIN DE VIE ET EN CAS DE DÉCÈS

**Nom et prénom du résident :** ……

## Les Directives anticipées :

*(Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. Elles sont valables sans limitation de durée tant qu'elles n'ont pas été : modifiées, révoquées ou remplacée)*

**Le résident a-t-il rédigé des directives anticipées ?** Oui ☐ Non ☐

*Si oui, merci de remettre le ou les documents sous pli cacheté au service infirmier de l'EHPAD.*

## Les dispositions en cas de décès :

***A savoir :*** L'établissement ne peut prévenir la personne désignée en cas de décès du résident qu'une fois le certificat de décès établi par un médecin. **Prévenir :**

- ☐ Le matin de ……h…… à ……h……..
- ☐ L'après-midi de…….. h…….. à ……h……
- ☐ N'importe quel moment

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec le résident : | |
| Adresse : | Code postal : |
| | Ville : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de portable : |

**Avez-vous un contrat obsèques ?** Oui ☐ Non ☐

***Si oui**, quel organisme ? (+ copie du contrat)*

Nom : ……

Adresse : ……

Ville : ……

Téléphone : ……

***Si non*,** organisme de pompes funèbres à prévenir :

Nom : ……

Adresse : ……

Ville : ……

Téléphone : ……

**Avez-vous une concession** ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, le lieu : ……

**Vœux particuliers :**

Choix vestimentaires et/ou bijoux : ……

……

……

Rite particulier : ……

……

Fait à …… le ……

| **Signature** |
|---|
| |

Document à remettre à l'établissement

# CHOIX DU MÉDECIN ET CONSENTEMENT À LA TÉLÉMÉDECINE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge médicale au sein de notre établissement, vous conservez la liberté de choix de votre médecin traitant. Il vous suffira de déclarer le vôtre ou de choisir le nôtre au travers d'une consultation sur place ou à distance via la téléconsultation (si cela s'avère nécessaire et possible).

Pour ce faire, nous vous invitons à donner votre consentement qui sera intégré à votre dossier médical, et à poser toutes questions que vous jugerez utiles.

Document à remettre à l'établissement

## Choix du médecin traitant

1- Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et Prénom du médecin traitant : .....

Adresse du médecin traitant : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

2- Souhaitez – vous être pris en charge par nos médecins ? ☐ Oui ☐ Non

## Formulaire de consentement de téléconsultation et de téléexpertise (si cela s'avère nécessaire et possible)

Je soussigné (e) Mme, M .....

☐ Je consens à bénéficier d'une prise en charge en télémédecine lors de mon séjour et je reconnais la possibilité qui m'est réservée de retirer mon consentement à tout moment.

☐ Je ne consens pas à bénéficier d'une prise en charge en télémédecine lors de mon séjour et je reconnais la possibilité qui m'est réservée de revenir sur ceci, à tout moment.

Fait à ..... le .....

**Signature :**

## Consentement concernant la collecte, la conservation et le traitement des données personnelles recueillies au cours de la prise en charge

Dans le cadre de la prise en charge en EHPAD, des données personnelles sont collectées, conservées et traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la législation française en vigueur.

**2. Nature des données traitées :**
Les données concernées peuvent inclure :

- Données d'identification et administratives
- Données médicales et de santé
- Données médico-sociales (projet personnalisé, évaluations)
- Données relatives à la vie en établissement

**3. Finalités du traitement :**
Les traitements ont pour objectif : l'organisation, la coordination et la continuité de la prise en charge, l'élaboration et le suivi du projet personnalisé, la gestion administrative et financière du séjour, le respect des obligations légales et réglementaires, l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement

**4. Accès et destinataires des données :**
L'accès aux données est strictement limité aux professionnels habilités de l'établissement. Certaines données peuvent être transmises à des professionnels de santé extérieurs ou à des organismes légalement autorisés.

**5. Durée de conservation :**
Les données sont conservées pendant la durée nécessaire à la prise en charge, puis archivées conformément aux durées légales applicables aux établissements médico-sociaux.

**6. Droits de la personne concernée :**
La personne accueillie ou son représentant légal dispose des droits suivants : droit d'accès et de rectification, droit à la limitation ou à l'opposition au traitement, selon les cas, droit à l'effacement, dans les limites prévues par la loi

**7. Consentement :**

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et **donne mon consentement** à la collecte, la conservation et au traitement de mes données personnelles dans le cadre de la prise en charge en EHPAD.

Nom et prénom : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

Document à remettre à l'établissement