Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

cerfa
N° CERFA 14732*03

DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :
Prénom :
Date de dépôt : ___ /___ / ____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	**Hébergement temporaire**
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Accueil de jour	**Accueil de nuit**
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI ☐ NON ☐ Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐ Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐ Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : http://www.service-public.fr./.
Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes[1] :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.
Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

[1] Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Nationalité _____

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° CAF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale (cocher la mention utile)
Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (vé) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant[1] : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance[2] : OUI ☐ NON ☐

Existence d'un animal de compagnie : OUI ☐ NON ☐

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Résidence autonomie ☐ Résidence service séniors ☐ Long séjour ☐
EHPAD ☐ Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/ville

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

Adresse email_____@_____

[1] « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

[2] La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD[1] ☐ SSIAD[2] ☐ SPASAD[3] ☐ Accueil de jour ☐ HAD ☐ Autre (précisez) : _____
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)[4] ? OUI ☐ NON ☐

Contexte de la demande d'admission **(Toute information utile à préciser)**

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- **La personne concernée elle-même : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter)**
- **Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)**

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal | | | | | | Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email_____@_____
Proche aidant : OUI ☐ NON ☐
Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal | | | | | | Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email_____@_____
Proche aidant : OUI ☐ NON ☐
Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

[1] SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.
[2] SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.
[3] SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.
[4] Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes…

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ EN COURS[1] ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale[2] ☐

Mandat de protection future[3] actif[4] ☐ non actif ☐

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné	
Nom de naissance	
Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,	
Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune/ville

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

Adresse email_____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom	
Prénom	

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune/ville

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

Adresse email_____@_____

[1] Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

[2] L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

[3] Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

[4] Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule ☐
- Obligés alimentaires ou autres tiers ☐
- Caisse de retraite : ☐ Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐
- Prestation pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ____ / _____ **Signature de la personne concernée ou de son représentant légal**	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance | | | | | | | | |

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile[1] ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées[2] ? OUI ☐ NON ☐

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom			
Adresse - N° Voie, rue, boulevard			
Code postal		Commune/ville	

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

Adresse email_____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin spécialiste :

---

[1] Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

[2] Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé[1]
	ALD : OUI ☐ NON ☐

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille		**Poids**		**Amaigrissement récent[2]**	**Oui**	**Non**

Conduite addictive	**Oui**	**Non**
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI☐ NON ☐		

Déficiences sensorielles[3]	**Oui**	**Non**
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	**Oui**	**Non**
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute	**Oui**	**Non**	**Risque de fausse route**	**Oui**	**Non**	**Soins palliatifs**	**Oui**	**Non**

[1] Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.
[2] Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).
[3] Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
Portage de bactérie multi résistante	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		**A**[1]	**B**[2]	**C**[3]
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	**À l'intérieur**			
	À l'extérieur			
Toilette	**Haut**			
	Bas			
Elimination	**Urinaire**			
	Fécale			
Habillage	**Haut**			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	**Se servir**			
	Manger			
Alerter				
Orientation	**Temps**			
	Espace			
Cohérence	**Communication**			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques[4]	**Oui**	**Non**
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	**Oui**	**Non**
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres *(précisez) :*		

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

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

[1] A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
[2] B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
[3] C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.
[4] Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

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

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement *(préciser)* **:**

<u>Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)</u>
Signature, date et cachet du médecin

Livret d'Accueil

ETABLISSEMENT HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Résidence Les Airelles
129 allée saint Roch
59400 Cambrai

☎ 03.27.74.44.44
✉ les.airelles@orange.fr

www.les-airelles.net/etablissement.html

Mis à jour le 16/10/2018

Madame, Monsieur,

Ce livret d'accueil a été réalisé à votre attention afin de vous permettre de disposer de toutes les informations utiles concernant l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) Les Airelles.

Ce document a été élaboré conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles et à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. Plus précisément, son contenu reprend les dispositions de la circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du C.A.S.F.

L'Etablissement constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés :
Dépendance physique, perte d'autonomie décisionnel, difficultés d'expressions…

L'ensemble de l'équipe est à votre écoute pour tout renseignement complémentaire et vous accueille avec plaisir pour découvrir l'établissement.

Si vous en avez la possibilité, vous retrouverez également sur notre site internet, l'ensemble de nos activités.

Le Directeur,

Mr Nicolas Caudmont

SOMMAIRE

L'établissement p 13

Le statut juridique
La capacité d'accueil
Le public accueilli
L'admission
L'accompagnement soignant
Les locaux et les différents secteurs d'hébergement
L'équipement
La sécurité

Votre confort p 15

La chambre
Le téléphone
Les services

Votre bien être p 16

La restauration
La blanchisserie
Le service maintenance et sécurité
L'animation
Le culte

Votre santé p 18

Le médecin coordonnateur
Le libre choix du médecin traitant
L'équipe soignante pluridisciplinaire
Les intervenants paramédicaux
La psychologue

Votre aides p 19

L'allocation logement

L'APA

Les aides exceptionnelles

Les tarifs p 20

Le trousseau p 21

Les annexes p 22

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

L'ETABLISSEMENT

Géographiquement, la résidence est située à proximité du centre-ville de Cambrai, de ses commerces et de ses administrations.

A quelques minutes à pied du centre-ville, la Résidence "les Airelles" vous accueille dans un site calme et verdoyant.

Vous y êtes à l'écart des nuisances tout en bénéficiant de la vie et de l'activité urbaine.

- **Le statut juridique**

L'E.H.P.A.D. « Les Airelles » est un établissement privé entrant dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux tels que définis dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Il est par ailleurs signataire d'une convention tripartite avec le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord et le Président du Conseil Départemental des hauts de France depuis janvier 2014 (1ère convention de 2009 à 2014).

- **La capacité d'accueil**

La capacité d'accueil totale est de 78 lits d'hébergement, dont 6 lits d'hébergement temporaire et 14 lits réservés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou pathologies apparentées. L'EHPAD « Les Airelles » dispose également d'un accueil de jour de six places.

Les séjours en accueil de jour s'adressent à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés habituellement soutenues à domicile et dont l'état de santé ou de dépendance nécessite une aide supplémentaire ponctuelle. L'accueil de jour peut également être l'occasion, pour une personne, de se familiariser avec l'établissement afin de préparer une admission future.

- **Le public accueilli**

L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus (sauf dérogation).

Sur le plan médical, qui est le domaine du médecin coordonnateur, nous évaluons notre capacité à accueillir un nouveau résident selon plusieurs critères : son niveau de dépendance (toilette, habillage, et autres soins de nursing), les besoins liés à son état de santé (nécessité d'une infirmière la nuit, besoin d'oxygène, troubles du comportement).

- **L'admission**

L'entrée en EHPAD est le plus souvent un choix contraint par l'impossibilité subite ou progressive de rester à son domicile. La demande d'entrée est parfois le fait des intéressées qui manifestent ainsi leur choix de vie mais le plus souvent il s'agit d'une demande des proches familiaux et/ou des professionnels.

Lorsqu'une famille demande un rendez-vous pour une admission, il est systématiquement proposé que la personne concernée les accompagne. Si ce n'est pas possible, l'avis de la personne âgée sera recherché avant toute décision (visite à domicile ou dans le service hospitalier, si possible).

La demande d'admission sera examinée en commission d'admission par le Directeur, le Médecin Coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, après avis du médecin traitant. La décision d'admission revient au directeur.

- **L'accompagnement soignant**

L'établissement s'inscrit dans une démarche bientraitante s'appuyant sur une philosophie de soins qui repose sur quatre piliers que sont : le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Cette philosophie d'accompagnement vise à garantir une prise en soins bientraitante des résidents. Elle s'inscrit en filigrane dans les valeurs prônées au sein de l'établissement et est le fer de lance d'un accompagnement personnalisé. Le personnel accordera une place particulière à la parole de la personne âgée dans les décisions du quotidien.

- **Les locaux et les différents secteurs d'hébergement**

L'établissement bénéficie de locaux clairs, agréables et sécurisés, adaptés aux personnes valides, semi-dépendantes et dépendantes.

Au rez-de-chaussée se trouvent, le groupe électrogène, la chaufferie, les locaux linges propres-linges sales, le local du référent maintenance-incendie, les vestiaires du personnel, les réserves, le local archives, la salle de réunion, les bureaux administratifs, les bureaux de l'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice et psychologue), le salon de coiffure, les cuisines, l'unité protégée (unité Alzheimer et pathologies apparentées)

Au premier étage se trouvent l'allée Baudelaire et l'allée Rimbaud, la salle de soins (bureau infirmier) la salle à manger des résidents, une salle de bain médicalisée et des réserves.

Au deuxième étage se trouvent l'allée Verlaine et l'allée Apollinaire, la salle de soins (bureau infirmier) la salle à manger des résidents, une salle de bain médicalisée et des réserves.

Afin de répondre aux divers degrés de dépendance des personnes accueillies, la structure est dotée d'équipements spécifiques privilégiant le confort des usagers :

Fauteuils de repos gériatriques,

Chariots douche,

Chaises de douche,

Lèves-personnes,

Verticalisateurs

VOTRE CONFORT

- **La chambre**

L'établissement dispose uniquement de chambres individuelles, conformément à la législation en vigueur. Le mobilier, fourni par l'établissement, est composé de la manière suivante : • Un lit médicalisé, un chevet, un bureau, une chaise, un fauteuil.

Chaque chambre est également équipée, d'un cabinet de toilette, de placards et d'un système d'appel. Les chambres ne sont pas dotées de téléviseur, toutefois, les résidents qui souhaitent installer un téléviseur le peuvent. Le résident a la possibilité de compléter le mobilier par des meubles personnels, dans les limites de la surface et de l'accessibilité de la chambre. En tout état de cause, il est encouragé à personnaliser son environnement afin de s'y sentir au mieux.

- **Le téléphone**

Chaque chambre est équipée d'une prise téléphonique. Les résidents doivent demander l'ouverture d'une ligne auprès du secrétariat de la l'établissement.

- **Les services**

Le courrier

Le courrier et les journaux sont distribués chaque jour. Le résident peut déposer son courrier à l'accueil ou dans la boite aux lettres située près de l'accueil.

L'espace coiffure

Les résidents peuvent prendre rendez-vous auprès de la secrétaire pour se faire coiffer.

La coiffeuse est présente 3 matinées par semaine le jeudi, le vendredi et le samedi.

Les tarifs se trouvent à l'accueil.

Les biens et valeurs personnels

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets ou d'argent.

• **La restauration**

L'établissement assure la fourniture de tous les repas. Ils sont servis aux heures suivantes :

Petit déjeuner :	A partir de 08h15 dans les chambres
Déjeuner :	12 h 00 en salle de restaurant
Goûter :	16 h 00 en salle de restaurant
Dîner :	18 h 00 en salle de restaurant
Collation :	La nuit sur demande

La préparation des repas est entièrement réalisée sur place et servie en liaison chaude. Les menus sont établis sur des cycles de six semaines et respectent les principes de l'équilibre nutritionnel des personnes âgées. Ils tiennent également compte des habitudes alimentaires locales et des produits disponibles selon les saisons. Les plats sont essentiellement réalisés à base de produits frais.

Les régimes alimentaires, médicalement prescrits, sont respectés sous la responsabilité des infirmières.

En parallèle, une Commission des menus se réunit 2 à 3 fois par an pour évaluer la qualité des repas servis. Cette instance est composée, du responsable de cuisine, du directeur, des résidents et du personnel.

- **La blanchisserie**

L'EHPAD possède sa blanchisserie pour l'entretien du linge des résidents et les tenues professionnelles du personnel. Le linge plat, c'est-à-dire draps, taies d'oreillers, est entretenu par une société extérieure, aux frais de l'établissement.

Les vêtements délicats ou en laine et/ou ceux nécessitant un nettoyage à sec (à la charge de l'usager) sont vivement déconseillés.

Afin de pallier les délais d'entretien du linge liés à la collectivité, il est recommandé au résident de disposer de linge personnel en quantité suffisante.

Le linge personnel doit être **étiqueté au nom, prénom du résident** avant l'entrée. Si ce n'est pas le cas, la famille se charge d'assurer l'entretien du linge.

Les produits de toilette (shampoing, gel douche, savonnette, eau de Cologne, etc.) sont à la charge du résident, qui devra en assurer, lui-même ou sa famille, la fourniture régulière au cours de son séjour.

Les produits d'incontinence, sont fournis et pris en charge par l'établissement.

- **Le service maintenance - sécurité**

Les petites réparations sont assurées par l'agent de maintenance de l'établissement, l'intervention étant comprise dans les frais de séjour.

Le personnel est formé, 1 fois par an, à la sécurité incendie.

- **L'animation**

L'E.H.P.A.D. est avant tout un lieu de vie. Le rôle de l'animation est de mettre en œuvre et de développer le « projet de vie sociale » de chaque résident.

Les membres du personnel proposent un choix d'animations auxquelles vous pouvez librement participer.

Le projet d'animation est mis à jour annuellement. Le programme détaillé des animations est également affiché chaque semaine dans les étages.

Le projet d'animation s'appuie sur plusieurs thématiques :

Les échanges

Afin d'assurer le maintien du lien social, des échanges avec l'école maternelle saint Roch sont organisées tous les 15 jours.

Les ateliers – Les jeux

L'établissement facilite le développement d'activités divertissantes permettant de favoriser la stimulation cognitive, comme par exemple : l'atelier pâtisserie, les jeux de société, la gymnastique douce, la zoothérapie, etc….

Les manifestations

Par ailleurs, des animations festives sont organisées au sein de l'établissement afin de marquer les événements du calendrier (goûter des anniversaires, fête de la musique, après-midi cabaret, etc…) tous les 15 jours

Le culte

Le culte peut être pratiqué librement par chacun, selon ses convictions. Une messe par mois est célébrée.

L'E.H.P.A.D. Les Airelles est un lieu de vie mais c'est aussi un lieu de soins, bénéficiant d'une surveillance continue grâce à un système d'appel malade et à la présence de personnels jour et nuit. En cas de problème médical, le médecin traitant ou le médecin de garde est immédiatement contacté.

Le personnel porte une tenue de couleur qui vous permet une identification facile :

- Les infirmières sont en gris et blanc
- Les aides-soignants sont en gris et vert
- Les auxiliaires de vie sociales sont en gris et fuchsia
- Les stagiaires sont en bleu et blanc

- **Le médecin coordonnateur**

L'établissement est doté d'un poste de médecin coordonnateur à temps partiel. Il est notamment chargé de la coordination des soins en lien avec les médecins libéraux et l'équipe soignante en vue de l'élaboration des différents projets et accompagnements. Il donne son avis sur les entrées.

- **Le libre choix du médecin traitant**

Le résident conserve le libre choix de son médecin traitant. A ce jour, l'ensemble des médecins libéraux de Cambrai et les alentours intervient auprès des résidents de l'établissement.

- **L'équipe soignante pluridisciplinaire**

Une infirmière coordinatrice et un médecin coordonnateur animent une équipe pluridisciplinaire composée d'Auxiliaires de Vie Sociales (AVS), d'Aide Soignantes (AS), d'Aide Médico Psychologique (AMP), d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE).

Le référent soignant

Le référent est l'interlocuteur privilégié du résident et de ses proches pour les questions de la vie quotidienne. Le référent est nommé quelques jours après l'entrée d'un nouveau résident C'est un professionnel de proximité (AS-AMP- IDE) qui va développer une relation personnalisée avec le résident et ses proches.

Le projet personnalisé

Le projet personnalisé est une démarche dynamique qui tente de trouver un équilibre entre les attentes de la personne, de son entourage et des professionnels.

Le projet personnalisé est rédigé dans les six mois suivant l'entrée. Il est construit avec la personne et sa famille si elle le souhaite et l'équipe soignante. Il permet de repérer les habitudes de vie, ce qui a du sens ou une importance affective pour la personne. Il a pour finalité de dégager des objectifs adaptés, concrets et si possible permettant de restaurer l'estime de soi et le sentiment d'utilité. Il est réévalué au moins une fois par an.

- **Les autres intervenants**

Le résident a le libre choix des intervenants paramédicaux qui lui seraient nécessaires (kinésithérapeute, orthophoniste, cardiologue, dentiste, etc.…).

Ces choix sont inscrits dans le dossier du résident au moment de l'admission, mais peuvent être modifiés à tout moment.

La psychologue

L'établissement bénéficie des services d'une psychologue à temps partiel. Celle-ci participe à l'élaboration et au suivi du projet personnalisé des résidents. Elle réalise également des entretiens et des suivis individuels auprès des personnes accueillies.

Les résidents accueillis au sein de la résidence peuvent bénéficier d'aides financières :

- **L'allocation logement**

Elle est versée par la CAF, et est attribuée mensuellement en fonction des ressources

- **L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)**

Elle est versée directement à l'établissement et attribuée par le Conseil Départemental du Nord, elle concerne les résidents préalablement domiciliés dans le département du Nord. Elle vise à compenser pour partie les frais de dépendance. Cependant, le ticket modérateur reste à la charge du résident (GIR 5-6).

- **Aides exceptionnelles**

Certains régimes de retraite accordent des aides financières supplémentaires
.

A titre indicatif, liste non exhaustive

I/ Les vêtements :

✓ Pour les femmes :
- 8 maillots de corps,
- 8 culottes coton,
- 8 paires de collants ou mi-bas,
- 5 robes,
- 5 jupes ou pantalons,
- 5 chemisiers,
- 5 gilets ou pulls,
- 5 chemises de nuit,
- 2 paires de pantoufles,
- 2 paires de chaussures,
- 12 mouchoirs,
- 7 serviettes de table,
- 1 robe de chambre.

✓ Pour les hommes :
- 8 maillots de corps,
- 8 slips coton,
- 8 paires de chaussettes,
- 5 pantalons,
- 5 pyjamas,
- 5 chemises,
- 5 gilets ou pulls,
- 2 paires de pantoufles,
- 2 paires de chaussures,
- 12 mouchoirs,
- 7 serviettes de table,
- 1 robe de chambre.

II/ La toilette :

- Savonnettes, Eau de Cologne, Dentifrice, Brosse à dents, Stéradent, Brosse à cheveux, Pinces, nécessaire à raser, Shampoing, Cotons tiges, Coupe ongles, Bassine

Les lavages fréquents et la durée du séjour des résidents demandent à ce qu'il ne soit pas acheté de linge délicat et qu'il soit procédé à un renouvellement régulier du trousseau.

Le linge doit être marqué avec des étiquettes cousues au nom du résident.

En application des textes, un kit de linge plat et de linge de toilette est à votre disposition sur simple demande.

Afin de préparer votre dossier administratif, merci de nous faire parvenir :

- Une photocopie du livret de famille
- Une photocopie de la carte d'identité
- L'attestation de sécurité sociale et la carte vitale
- L'attestation de mutuelle
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Le formulaire simplifié de demande d'APA
- La copie de l'assurance responsabilité civile
- La copie du jugement en cas de tutelle ou de curatelle

Ainsi que le dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes CERFA N° 14732*01