



# Les jardins d'Eden

Madame, Monsieur,

Tout d'abord, Merci de vous être arrêté(e) sur notre site Internet afin d'apprendre à mieux nous connaître.

Ce site, nous l'avons voulu aussi fidèle que possible à notre réalité.

Nos équipes, passionnées, professionnelles et déterminées sont animées au quotidien par notre devise « A défaut d'offrir aux Résidents plus de jours à leurs vies, engageons nous à leur offrir plus de vie à leurs jours ».

Ces documents vous seront utiles pour pouvoir préparer votre entrée dans notre établissement, ou préparer celle d'un de vos proches.

Cependant, rien de vaut un contact humain : venez nous rendre visite. C'est avec plaisir que nous vous ferons découvrir notre quotidien et nos installations.

Vous pouvez également suivre notre actualité sur notre page Facebook en recherchant « EHPAD Les Jardins d'Eden ».

A très bientôt.

L'équipe de Direction.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    Monsieur ☐        Madame ☐

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_    Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐

Vit maritalement ☐

Pacsé(e) ☐

Marié(e) ☐

Veuf (ve) ☐

Séparé(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI ☐

NON ☐

En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐

Curatelle ☐

Sauvegarde de justice ☐

Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité :    Monsieur ☐        Madame ☐

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_    Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_



## A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

#### SI OUI :

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐

Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐ Chez enfant/Proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD / SAD<sup>1</sup> ☐ Accueil de jour ☐

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom  
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

### COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

## COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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.

\* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur ☐            Madame ☐

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement ☐

Fin/Retour d'hospitalisation ☐

Maintien à domicile difficile ☐

Autres *(préciser)*

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

**SOINS PALLIATIFS** ☐ OUI ☐ NON **ALLERGIES** ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser

**CONDUITES A RISQUE** ☐ OUI ☐ NON

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE**

☐ NE SAIT  
PAS ☐ OUI ☐ NON

|         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| Alcool  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

Cécité

Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

**REEDUCATION**

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

|                            |               | A | B | C |
|----------------------------|---------------|---|---|---|
| <b>Transfert</b>           |               |   |   |   |
| Déplacements               | A l'intérieur |   |   |   |
|                            | A l'extérieur |   |   |   |
| Toilette                   | Haut          |   |   |   |
|                            | Bas           |   |   |   |
| Elimination                | Urinaire      |   |   |   |
|                            | Fécale        |   |   |   |
| Habillage                  | Haut          |   |   |   |
|                            | Moyen         |   |   |   |
|                            | Bas           |   |   |   |
| Alimentation               | Se servir     |   |   |   |
|                            | Manger        |   |   |   |
| Orientation                | Temps         |   |   |   |
|                            | Espace        |   |   |   |
| Communication pour alerter |               |   |   |   |
| Cohérence                  |               |   |   |   |

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

|                   | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère    |     |     |
| Soins d'escarres  |     |     |
| Localisation      |     |     |
| Stade             |     |     |
| Durée du soin     |     |     |
| Type de pansement |     |     |

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

|                                                                                                         | OUI | NON |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Idées délirantes                                                                                        |     |     |
| Hallucinations                                                                                          |     |     |
| Agitation, agressivité (cris...)                                                                        |     |     |
| Dépression                                                                                              |     |     |
| Anxiété                                                                                                 |     |     |
| Apathie                                                                                                 |     |     |
| Désinhibition                                                                                           |     |     |
| Comportements moteurs                                                                                   |     |     |
| Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...) |     |     |
| Troubles du sommeil                                                                                     |     |     |

**SOINS TECHNIQUES**

|                                           | OUI | NON |
|-------------------------------------------|-----|-----|
| Oxygénothérapie                           |     |     |
| Sondes d'alimentation                     |     |     |
| Sondes trachéotomie                       |     |     |
| Sonde urinaire                            |     |     |
| Gastrotomie                               |     |     |
| Colostomie                                |     |     |
| Urétérostomie                             |     |     |
| Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...) |     |     |
| Chambre implantable                       |     |     |
| Dialyse péritonéale                       |     |     |

**APPAREILLAGES**

|                       | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant      |     |     |
| Lit médicalisé        |     |     |
| Matelas anti-escarres |     |     |
| Déambulateur          |     |     |
| Orthèse               |     |     |
| Prothèse              |     |     |
| Pace-maker            |     |     |
| Autres (préciser)     |     |     |

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin





Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAI

**Document créé le :**  
**23/12/2014**  
**Version : 3**  
**Du 16/05/2023**

## **PIECES A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER D'ENTREE EN EHPAD ET INFORMATIONS**

- ☐ Dossier de demande d'admission en EHPAD
- ☐ Fiche administrative
- ☐ Identités des familles
- ☐ Désignation de la personne de confiance (et document explicatif)
- ☐ Demande d'accord au Résident (Pharmacie)
- ☐ Instructions en cas de décès
- ☐ Directives anticipées
- ☐ Trousseau recommandé et annexe
- ☐ Formulaire d'Autorisation de Droit à l'image
- ☐ Règlement et Fonctionnement
- ☐ Projet de Vie en Etablissement
- ☐ Conseil de la Vie Sociale
- ☐ Contrat de séjour
- ☐ Tarifs en vigueur à contresigner
- ☐ Mandat SEPA à compléter, RIB à fournir
- ☐ Etat des lieux
- ☐ Dépôt de garantie
- ☐ Copie attestation carte vitale
- ☐ Copie de la carte mutuelle
- ☐ Copie du jugement (si protection juridique)
- ☐ Carte nationale d'identité (recto/verso)
- ☐ Copie du livret de famille et/ou extrait d'Acte de naissance
- ☐ Copie d'avis d'imposition ou de non-imposition
- ☐ Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) si à domicile
- ☐ Attestation assurance responsabilité civile
- ☐ Attestation vaccination COVID
- ☐ Date du dernier vaccin contre la grippe
- ☐ Ordonnances en cours





Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Document créé le :  
22/03/2016  
Version : 3

## FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : ..... Prénom : ..... H : ☐ F : ☐

Profession antérieure : .....

Conjoint : Nom : ..... Vivant ☐ Décédé ☐ Date : ...../...../.....

Nombre d'enfants : ..... Nombre de petits enfants : .....

ALD : oui / non

- Hôpital ou clinique de préférence (sauf intervention SAMU) .....
- Personne à prévenir en premier :  
Nom Prénom : ..... Tél : .../.../.../.../...
- Personne de confiance (remplir le document ci-joint)  
Nom Prénom : ..... Tél : .../.../.../.../...
- Tuteur légal : Nom Prénom : ..... Tél : .../.../.../.../...
- Commune d'inscription sur liste électorale : .....
- Téléphone en chambre : ☐ Oui ☐ Non
- Médecin traitant : Nom : ..... Tél : .../.../.../.../...
- Ambulance : Nom : ..... Tél : .../.../.../.../...
- Coiffeur : Nom : ..... Tél : .../.../.../.../...  
☐ Gérer par EHPAD (fréquence : ..... ) ☐ Gérer par la famille
- Pédicure : Nom : ..... Tél : .../.../.../.../...  
☐ Gérer par EHPAD (fréquence : ..... ) ☐ Gérer par la famille
- Produit d'hygiène (savon, dentifrice, rasoir, eau de Cologne...)  
☐ Gérer par EHPAD ☐ Gérer par la famille
- Produit alimentaire divers (bouteille d'eau, sirop, SODA,...) selon disponibilité des produits demandés  
☐ Gérer par EHPAD ☐ Gérer par la famille



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Document créé le :  
03/04/2017  
Version : 1

## Demande d'accord au Résident

**ETABLISSEMENT** : EHPAD Les Jardins d'Eden, 13 rue de la Duboiserie, 86190 QUINCAY

Par le présent accord, l'établissement informe le Résident de son intention de signer une convention avec la pharmacie d'officine suivante pour la préparation éventuelle de doses à administrer :

|                                       |                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Désignation de la pharmacie :</b>  | <b>PHARMACIE DES ARCHES</b>                 |
| <b>Représentant de la pharmacie :</b> | Mme GOZE Patricia.                          |
| <b>Adresse de la pharmacie :</b>      | 15 Chemin Arches, 86580 VOUNEUIL SOUS BIARD |

**L'établissement et la pharmacie d'officine ont choisi un système de PDA (Préparation des Doses à Administrer)** qui propose un service complet, automatisé et sécurisé, permettant un suivi individualisé des Résidents ; depuis la préparation en pharmacie jusqu'à la distribution en établissement.

Ce système de dispensation intègre la préparation éventuelle des doses à administrer et sécurise l'administration des médicaments au Résident, tout en assurant la traçabilité des produits.

**Dans le cadre de ce service, les informations concernant les prescriptions de médicaments font l'objet d'un traitement informatisé.** Les destinataires de ces données sont le personnel de l'établissement médico-social et de la pharmacie d'officine. Le système PDA centralise les données relatives aux consommations de médicaments par l'établissement et réalise des études statistiques anonymes à des fins d'amélioration de la qualité. Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 6 Janvier 1978, le Résident ou son représentant bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent, il doit alors s'adresser au Directeur de l'établissement, et au titulaire de la pharmacie d'officine.

**Le Résident ou son représentant déclare en conséquence des informations qui précèdent :**

- Accepter la dispensation des médicaments par la pharmacie d'officine partenaire de l'établissement,
- Souhaiter la préparation éventuelle des doses à administrer sur prescription de son médecin traitant ou coordonnateur,
- Demander la destruction à l'officine de ses médicaments non utilisés,
- Autoriser le traitement des données le concernant, par le système PDA.

**Le Résident ou son représentant atteste qu'il souscrit à ce service gracieux en conservant le libre choix permanent de sa pharmacie d'officine.**

Fait en 3 exemplaires à : QUINCAY, le : ..... / ..... / .....

| Le Résident      | Le représentant légal / Personne de confiance |
|------------------|-----------------------------------------------|
| Mr - Mme - Mlle  | Mr - Mme - Mlle                               |
| Nom :            | Nom :                                         |
| Prénom :         | Prénom :                                      |
| Date naissance : | Date naissance :                              |
| Signature :      | Signature :                                   |



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAV

Document créé le :  
03/06/14  
Version :2 (09/03/17)

## INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

Nom : ..... Prénoms.....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Religion : .....

### 1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Prévenir Jour ☐ Nuit ☐

### 2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

**Si OUI** : quel organisme ?

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Si NON** : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### 3. En cas de décès la personne souhaite rester : à l'EHPAD ☐ ou en Chambre funéraire ☐

*Il n'existe pas de chambre funéraire à l'EHPAD, pour les résidents vivant à deux dans la chambre, le défunt restera dans la chambre le temps que la famille prenne les dispositions pour un transfert vers une chambre funéraire, (un paravent sera mis entre les deux lits). Si le décès a lieu le soir ou la nuit, à titre exceptionnel et à la demande du conjoint le corps pourra être mis dans un local spécifique uniquement pour la nuit, si la famille confirme un départ en chambre funéraire dès le lendemain matin.*

### 4. Vœux particuliers :

- Choix vestimentaires :

.....

- Rite particulier :

.....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A.....

Le.....



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAV

Document créé le :  
16/02/2016  
Version : 3

## DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

(A rendre à l'admission)

*Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006*

NOM :

PRENOM :

**Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :**

OUI ☐ NON ☐

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

**Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :**

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

Date..... Signature du résident

**La personne n'est pas en capacité à ce jour de transcrire ses directives anticipées** ☐ **Fait-le :**





Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Créé le : 11/02/2016  
Version : 7  
Modifié : 31/01/2024

## TROUSSEAU RECOMMANDE

Ce document a pour vocation de lister de manière exhaustive les besoins en vêtements, nécessaire de toilette, matériel et mobilier à l'entrée du Résident. Une fiche technique en annexe pourra vous guider dans certains choix.

Ajouter des meubles supplémentaires encombrerait inutilement la pièce, au détriment de la sécurité du Résident. Pour tout autre matériel ou fourniture, merci d'en informer l'Ergothérapeute ou la Cadre de Santé pour validation. Au niveau de la salle de bain, seuls les rangements sous le plan vasque sont autorisés (petit meuble plastique à roulette). Les meubles derrière la porte de la salle de bain ne sont pas autorisés.

Dans l'intérêt du Résident, la Gouvernante, l'Ergothérapeute et/ou la Cadre de Santé peut demander à modifier l'aménagement de la chambre.

Pour des raisons de sécurité, les chaises de jardin ou le matériel pliant est interdit à l'intérieur de la chambre (risque de chute, de glissade), tout comme les dispositifs chauffants (plaques, micro-onde, grille-pain, couverture chauffante ...).

### VETEMENTS / SOUS-VETEMENTS

**Le linge est marqué et entretenu par la structure. L'établissement ne saurait être reconnu responsable en cas de perte si du linge nouveau est apporté sans être transmis au secrétariat à ses horaires d'ouverture. Notre système de marquage ne nous permet pas de marquer les vêtements de type « thermolactyl » ou à fort pouvoir élastique.**

5 ensembles faciles à revêtir : robe, pantalon de jogging, ...  
2 ou 3 gilets  
5 pyjamas ou chemises de nuit  
7 culottes (si nécessaire)  
1 chapeau ou casquette  
5 mi-bas ou chaussettes

1 manteau ou veste  
1 robe de chambre  
7 petites chemises en coton  
4 soutien-gorge ou brassière

### NECESSAIRE DE TOILETTE / AUTRES

Savonnette ou gel douche  
Dentifrice / Fixodent si besoin  
Brosse à dents, verre à dents  
Mousse à raser  
1 coupe ongle, 1 lime métallique  
Eau de Cologne, crème de soin (selon habitudes)

Shampooing  
4 serviettes de table (repas en chambre)  
1 rasoir électrique ou 10 rasoirs jetables  
Pince à épiler  
Vernis pour les dames

## **DIVERS**

2 paires de chaussons (fermés et enfilables facilement, Cf FT)  
2 paires de chaussures (Cf Fiche technique)  
1 bassine (environ 30cm diamètre)  
1 sac de voyage en cas d'hospitalisation  
1 Porte savon

1 balayette pour les toilettes  
2 poubelles  
1 panier à linge en plastique  
Mouchoirs en papier  
1 couverture, 1 plaid

## **MATERIEL / AMEUBLEMENT**

Pour garantir hygiène et sécurité, nous utilisons des désinfectants et des virucides qui peuvent endommager les surfaces trop fragiles (marqueterie, etc.). Nous ne saurions être tenus responsables en cas de dégradation.

**Les adaptables sont des dispositifs médicaux, ils ne sont mis en chambre que sur préconisation de l'Ergothérapeute.**

### ***Pièce de vie***

2 chaises avec accoudoirs  
1 commode ou meuble TV  
1 fauteuil de repos non pliable (Cf Fiche technique)  
1 TV, 1 téléphone (avec prise T murale)

### ***Salle de bains***

1 chaise adaptée (Cf. Fiche technique)  
1 rehausseur de WC si vous en avez un

### ***Extérieur (facultatif)***

Mobilier de jardin (chaise, table)

### ***Kitchenette***

4 verres, 4 tasses, 4 petites cuillères.

Machine type Senseo, bouilloire (matériel facultatif, entretien assuré par la famille ou le Résident).

Téléphone portable

Si le Résident apporte son propre téléphone portable, il doit absolument être marqué à son nom.

Le numéro d'appel ainsi que le code PIN et le code PUK doit être donné à l'accueil. S'ils ne sont pas donnés, ce sera à la famille d'en assurer la gestion en cas de soucis.

Par ailleurs, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol, de dégradation.

Le ..... A QUINCAY.

Nom / Prénom .....

Signature :



CHAUSSURES ET CHAUSSONS : chaussant large, fermeture velcro, talon de 3.5 cm maximum, mais pas de chaussure totalement plate.



CHAISE DE SALLE DE BAIN : pieds antidérapants, résistant à l'eau, présence d'accoudoirs, pas de chaise de jardin.



FAUTEUIL DE REPOS : pieds stables, accoudoirs, hauteur d'assise autour de 46 cm (assez haut pour se relever facilement, mais les pieds doivent toucher le sol), si possible releveur électrique ou manuel...pas de fauteuil pliant ou de jardin...



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Document créé  
le : 11/02/2016  
Version : 3

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE RESIDENT

### Désignation de la personne de confiance par le résident

(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.

**LA PERSONNE DE CONFIANCE DOIT ETRE DESIGNEE PAR LE RESIDENT LUI-MEME  
ET NON PAR SA FAMILLE**

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. : .....

Souhaite désigner une personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Souhaite **désigner comme personne de confiance**

Mme, Mlle, M. : .....

Demeurant : .....

Téléphone Fixe : .....

Téléphone Portable : .....

Fait à..... Le.....

Signature :

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

Je soussigné(e) Mme, Melle, M..... reconnaît avoir pris

connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de

M.....

Fait à..... Le.....

Signature

La personne n'est pas en capacité à ce jour de désigner une personne de confiance ☐ Fait-le :

Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Document créé le :  
03/06/2014  
Version : 1

## 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 ne devrez pas abuser de votre statut de personne de confiance.

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 votre parent ou proche.

Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINÇAY

Document créé le :  
26/07/2016  
Version : 2 (20/06/23)

## Formulaire d'Autorisation de Droit à l'Image

Nom :

Prénom :

Né (e) le :

Dans le cadre des différentes manifestations et rencontres organisées par l'EHPAD « Les Jardins d'Eden » de Quinçay, nos Résidents sont souvent amenés à être photographiés. Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés (notamment dans notre petit journal ainsi que sur notre page Facebook). Par ailleurs, pour des raisons de sécurité, une photographie est nécessaire afin d'identifier le Résident sur le chariot des Infirmières.

Ce sont les raisons pour lesquelles nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre de votre droit à l'image.

Le Résident et/ou son représentant légal et/ou personne de confiance soussigné (e)

☐ Autorise l'EHPAD « Les Jardins d'Eden » de Quinçay à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, au sein même de la structure, sur son site Internet ou Facebook, voir dans la presse locale, comme support d'illustration des manifestations institutionnelles.

☐ Autorise l'EHPAD « Les Jardins d'Eden » de Quinçay à afficher une photo lors de mon départ afin d'en informer les autres Résidents.

☐ N'autorise pas l'EHPAD « Les Jardins d'Eden » de Quinçay à me photographier durant mon séjour.

Fait à ..... Le .....

Signature :



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAI

Document créé le :  
**10/05/2023**  
V2 modifiée le 01/01/24

## Règlement et Fonctionnement

Vous allez être accueilli (e) à la résidence « Les Jardins d'Eden », établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Vous intégrez donc un nouveau domicile au sein d'une collectivité. Pour votre sécurité, votre confort, votre tranquillité et votre santé, ainsi que celle de tous les Résidents, un certain nombre de recommandations sont à respecter.

« Les Jardins d'Eden » est le substitut de votre domicile, ce qui vous permet également d'y disposer de tous vos droits.

Ces droits et recommandations constituent les règles de vie en commun et de bonne marche de notre établissement.

Ce sont ceux rappelés dans ce règlement que nous vous recommandons de lire attentivement avant de l'approuver par votre signature.

### **Article 1 : Entrée – Vocation des Jardins d'Eden**

Les entrées sont effectives dans la mesure des places disponibles et sur la base des différentes conversations avec les intéressés et les familles ou représentants légaux.

Une visite des lieux et de la chambre est vivement recommandée. A l'occasion de cette visite, vous aurez le loisir de dresser la liste des effets personnels (petits meubles, bibelots, cadres...) que vous amènerez afin de recréer votre cadre de vie habituel. Un état des lieux d'entrée sera effectué et signé par vous et Les Jardins d'Eden avant votre entrée.

Une assurance responsabilité civile personnelle devra être contractée, celle-ci mentionnera l'entrée du Résident en établissement.

### **Article 2 : Séjour – Vie collective – Relations extérieurs**

#### **Le linge :**

Les draps, taie d'oreiller, couverture, linge de toilette et le linge de table sont fournis et entretenus par l'établissement. Le linge personnel est également entretenu par la structure. Un trousseau de linge personnel est demandé lors de l'entrée, il fait l'objet d'un marquage par la structure. Tout le linge apporté par la suite devra obligatoirement être transmis au service Hébergement (via la secrétaire, aux horaires d'ouverture du secrétariat) afin que le marquage soit effectué. L'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte si du linge nouveau est directement mis dans l'armoire du Résident. Le linge délicat est vivement déconseillé de part la complexité et les risques liés à son entretien (laine, cachemire...). Les matières à fort pouvoir élastiques et de type « thermolactyl » sont impossibles à marquer par nos services. Enfin, la structure ne saurait être tenue responsable des objets oubliés dans le linge par le Résident et qui se trouveraient détériorés lors du lavage.

#### **Visites :**

Les Résidents sont « chez eux », ils peuvent donc recevoir leur famille et amis à chaque fois qu'ils le désirent, en respectant dans la mesure du possible les horaires de bon fonctionnement du service et la dignité et l'intimité des

Résidents. Ils peuvent inviter un parent ou un ami à partager leur repas (déjeuner uniquement) mais ils doivent en avvertir le secrétariat à l'avance (du Lundi au Vendredi, entre 9h et 17h30, au minimum 48h à l'avance).

### **Sorties :**

Les Résidents peuvent sortir quand ils le veulent, y compris à l'occasion d'un repas ou d'une journée, mais dans le cas d'une absence, nous vous remercions d'avertir l'accueil de votre absence.

### **Congés :**

Les Résidents ont la possibilité de s'absenter annuellement pendant une durée inférieure ou égale à celle des congés payés légaux, soit cinq semaines actuellement. Dans ce cas, le Résident conserve sa chambre. Le prix journalier de dépendance ne sera pas facturé et une déduction correspondante au forfait hospitalier en cours sera déduit du prix de journée hébergement (exception faite du jour de départ et du jour de retour).

### **Repas :**

Les repas sont servis dans la salle à manger ou ponctuellement dans les chambres pour les personnes momentanément fatiguées ou souffrantes.

Le petit déjeuner en chambre entre 7h30 et 9h00.

Le déjeuner entre 12h00 et 13h15.

Le dîner entre 18h30 et 19h30, en chambre à partir de 18h15.

Une collation froide ou chaude selon la saison et les goûts sera servie dans le courant de l'après-midi ainsi que dans la soirée si le Résident le souhaite ou si son état le nécessite (vu avec Médecin).

Les Menus sont affichés sur un écran à l'accueil et distribués en version papier le Vendredi pour la semaine à venir.

Les régimes alimentaires ou préparations alimentaires spécifiques sont assurés sur avis médical.

### **Courrier :**

Le courrier est distribué tous les matins après réception. Pour le courrier au départ, vous pouvez le confier à l'accueil ou bien le déposer à la poste de Quinçay, en face de la mairie.

Nous vous invitons à faire les changements d'adresses nécessaires. Tout transfert de courrier nécessitant un affranchissement par la structure fera l'objet d'une facturation complémentaire au tarif postal en vigueur.

### **Animaux domestiques :**

L'établissement n'accepte pas les animaux domestiques mais les autorise en visite.

## **Article 3 : Désignation, Occupation et jouissance des lieux**

Le Résident dispose en toute liberté de l'ensemble des locaux collectifs intérieurs et extérieurs. Il dispose d'un appartement privatif.

Un état de lieux sera dressé et signé contradictoirement entre les parties à l'entrée et à la sortie.

Le Résident veillera à ne rien faire qui puisse apporter de trouble au voisinage (bruit...).

Il veillera à ne rien faire qui puisse détériorer les lieux alloués et devra prévenir la Direction de toute atteinte portée ou dégradations qui rendraient nécessaires des travaux.

Le montant des dommages éventuels seront facturés au prix de facture de remise en état procurée par l'établissement.

Par ailleurs, l'utilisation d'appareils chauffants est strictement interdit pour des raisons de sécurité (plaques, microonde, grille-pain, couverture électrique...). Les bouilloires, cafetière sont autorisées. Leurs usages et entretien demeure sous la responsabilité du Résident et de sa famille. De part le lavage à grande eau, et pour des raisons de sécurité, les meubles bas sont à proscrire dans la salle de bains. Nous conseillons les meubles plastiques à roulette à mettre sous le plan vasque.

## **Article 4 : Objets personnels – Valeurs personnelles – Dépôt – Reçu**

Les Jardins d'Eden est le substitut de votre domicile, nous vous demandons donc d'amener des petits meubles, bibelots et cadres ou tableaux de manière à recréer votre intérieur. Vous pouvez également apporter votre poste de télévision personnel. La Direction des Jardins d'Eden dispose d'un coffre-fort dans lequel nous vous demandons de déposer bijoux non portés et valeurs. Un reçu vous sera remis.

## **Article 5 : Vie collective – Conseil de Vie Sociale**

Afin d'associer les Résidents à la vie collective de l'établissement, des réunions sont organisées en Conseil de la Vie Sociale.

Par ailleurs, toutes les suggestions des Résidents sur leur projet de vie personnalisé, collectif et d'animations (fêtes, sorties, ateliers, ...) sont à transmettre au personnel ou à la Direction qui fera tout ce qui est en son pouvoir pour y répondre favorablement.

### **Article 6 : Recommandations**

Les recommandations suivantes ont uniquement pour but d'assurer le bien-être et la sécurité des Résidents qui sont hébergés dans l'établissement.

Ce dernier se réserve le droit de résilier le contrat de séjour dans les conditions fixés par l'article 12 du contrat de séjour, sauf caractère d'urgence si le comportement du Résident, qui n'en tiendrait pas compte, menace sa sécurité, celle de l'établissement ou des autres Résidents.

La détention des produits inflammables est interdite. Il est rappelé au Résident que l'établissement est totalement non-fumeur et qu'il n'est donc pas autorisé de fumer dans sa chambre ou les parties communes. Il n'est pas non plus autorisé de cuisiner dans sa chambre et d'utiliser un appareil chauffant (fer à repasser, radiateur d'appoint, réchaud, micro-onde).

### **Article 7 : Prise en charge médicale et paramédicale – Perte d'autonomie**

#### **Prise en charge médicale et paramédicale**

Chaque Résident fait appel au médecin de son choix et s'engage à disposer de son propre Médecin traitant lors de son entrée. Les Jardins d'Eden dispose des services d'une équipe soignante salariée composée de :

4 Infirmières, 1 Médecin Coordonnateur, 18 Aides-Soignantes, 12 Agents de service, 3 Cuisiniers, 1 Ergothérapeute, 1 Psychologue, 1 Agent d'Entretien, 1 Secrétaire d'accueil, 1 Directeur, 1 Gouvernante.

Toute l'équipe vous assure de sa disponibilité pour vous offrir toute l'aide dont vous avez besoin.

#### **Perte d'Autonomie**

En cas de perte d'autonomie physique ou psychique, en cas d'énurésie permanente entraînant une plus grande dépendance, l'établissement est en mesure de proposer aux Résidents une prise en charge adaptée. Cela peut se traduire, entre autre, par une demande de modification de la chambre (meuble à enlever).

### **Article 8 : Respect des Volontés**

Toutes les volontés exprimées par les Résidents sont scrupuleusement respectées. Si toutefois aucune volonté n'a été notifiée à la Direction, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord de la famille ou du représentant légal.

Le Résident ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance de ce « Règlement de Fonctionnement des Jardins d'Eden » et déclare en avoir reçu un exemplaire signé.

« Les Jardins d'Eden »  
Le Directeur

Signature :

M. ....  
Le Résident ou représentant légal.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAÏ

Document créé le :  
10/05/2023

## Projet de Vie en Etablissement

**Introduction :** Les valeurs qui guident notre action. La notion de Service.

### **ACCUEIL**

- Accueil préalable : 1<sup>er</sup> contrat : Visite – Informations – Documentation.
- Accueil à l'entrée : Aide à l'intégration.
- Accueil au quotidien : Aide et accompagnement au jour le jour.

### **HEBERGEMENT**

- Introduction : Appropriation d'un espace privé et d'un espace collectif.
- Respect en tant que lieu de vie.
- Confort.
- Sécurité.
- Hygiène.
- Environnement.

### **RESTAURATION**

- Nutrition – Prévention – Surveillance.
- Qualité.
- Convivialité.
- Hygiène.

### **ANIMATION**

- Prévention.
- Stimulation.
- Donner un sens à la vie – Plaisir.

### **AIDE AUX SOINS**

- Prévention – Sécurisation.
- Accompagnement du vieillissement et de problèmes ponctuels de santé.
- Coordination et collaboration avec les partenaires (familles, médecins, kinés, infirmières, Aides ménagères, gardes malades, etc...).

### **COMMUNICATION**

- En Interne : Résidents – Famille – Personnels.
- En Externe : Bénévoles – Associations – Partenaires de quartier – Réseaux.



|                                  |                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                  | Résidence Les Jardins d'Eden<br>13 rue de la Duboiserie<br>86190 QUINCAÏ |
| Document créé le :<br>10/05/2023 | Conseil de Vie Sociale                                                   |

## COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

(ex Conseil d'établissement)

Conformément aux dispositions de la loi n°2002-02 du 2 Janvier 2002 et au Décret n°91-1415 du 31 Décembre 1991, en conformité avec le Décret n°222-688 du 25 Avril 2022 et en réponse aux préconisations de la HAS du 10 Mars 2022, il est institué un Conseil de la Vie Sociale.

### ROLE DU CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Celui-ci donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement :

- Règlement de fonctionnement de l'établissement et projet d'établissement.
- Organisation intérieure et vie quotidienne de l'établissement.
- Activités de l'établissement, animation socioculturelle et service thérapeutiques.

### COMPOSITION DU CONSEIL DE VIE SOCIALE

Le Conseil de la Vie Sociale est constitué, à minima, de 9 membres repartis de la manière suivante :

- 2 représentants des Résidents.
- 2 représentants de la structure.
- 2 représentants des familles.
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire.
- 1 mandataire à la protection des majeurs.
- 1 représentant de la commune d'implantation.

La répartition entre les différents collèges est définie par l'établissement en sachant que les représentants des Résidents et des familles doivent représenter plus de la moitié de l'ensemble des membres).

### FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Les membres du Conseil de la Vie Sociale sont élus pour une durée de 3 ans renouvelable.

Le Conseil de la Vie Sociale élit parmi ses membres un Président et un Vice-Président.

Il se réunit, au moins 2 fois par an, sur convocation du Président qui en fixe l'ordre du jour.

Un compte rendu est tenu lors de chaque réunion, ce document sera affiché pour que tous les Résidents et leur famille en prennent connaissance.

### DEROULEMENT DES ELECTIONS

Le responsable de l'établissement procède, par voie de réunions préparatoires, de courriers ou d'affiches, à l'appel des candidatures aux postes de membres du Conseil de la Vie Sociale.

Les élections ont lieu à bulletin secret.



Résidence Les Jardins d'Eden

# LE CONTRAT DE SÉJOUR

Mise à jour du 31/01/2024.

# **SOMMAIRE**

## **I. DÉFINITION AVEC L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

## **II. DURÉE DU SÉJOUR, DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE ET RETRACTATION**

## **III. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT**

- 3.1 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement
- 3.2 Restauration
- 3.3 Le linge et son entretien
- 3.4 Animation
- 3.5 Autres prestations
- 3.6 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

## **IV. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE**

## **V. COÛT DU SÉJOUR**

- 5.1 Montant des frais de séjour

## **VI. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION**

- 6.1 Hospitalisation
- 6.2 Absences pour convenances personnelles
- 6.3 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absences pour convenances personnelles
- 6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat

## **VII .RÉSILIATION DU CONTRAT**

- 7.1 Révision
- 7.2 Résiliation à l'initiative du résident
- 7.3 Résiliation à l'initiative de l'établissement

## **VIII. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES**

## **IX. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR**

## **X. MEDIATIONS**

Le contrat de séjour définit les droits et les 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 L 311-4 CASF).

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Ils 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 code de la santé publique et / ou de la personne qualifiée au sens de l'article L 311-5 du CASF, s'ils en ont désigné une.

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.

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes LES JARDINS D'EDEN, est un établissement médico-social (ESMS) autonome à caractère privé.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

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

**Le contrat de séjour est conclu entre :**

**D'une part,**

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) LES  
JARDINS D'EDEN, 13 rue de la Duboiserie 86190 Quinçay :  
Représenté par son directeur,

**Et d'autre part,**

Mme ou M. ....

Né(e) le ..... à .....  
Dénommé(e) le / la résident(e), dans le présent document.

Le cas échéant, représenté(e) par M. ou Mme (indiquer, nom, prénom, date et lieu de  
naissance, adresse, éventuellement lien de parenté, ou personne de confiance / personne  
qualifiée).....

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la  
protection des majeurs ; joindre la photocopie du  
jugement).....

Il est convenu ce qui suit.

**I. DÉFINITION AVEC L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉgal DES  
OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

L'établissement travaille en vue du maintien de l'autonomie de la personne accueillie et  
d'assurer la sécurité paramédicale du Résident.

**II. DURÉE DU SÉJOUR, DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE ET  
RETRACTATION :**

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du.....

- une durée déterminée du ..... au ..... (supérieur ou égale à 1 mois).

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

La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit  
de rétractation dans les 15 jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission de celle-ci  
si elle est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre

contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif. Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre 1<sup>er</sup> du code civil.

Passé le délai de rétractation, la personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal, dans le respect du même titre XI du livre 1<sup>er</sup> du code civil, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de 48h pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé. Le délai de préavis doit être prévu au contrat. Il ne peut excéder une durée prévue par décret.

### **III. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT**

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document "Règlement de fonctionnement" joint et remis au résident avec le présent contrat.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant.

Les tarifs résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil Général, ARS) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal. Toutes modifications leur sont communiquées.

#### **3.1 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement :**

Le contrat de séjour comprend la fourniture du logement. A la date de signature le logement N°..... vous est attribué(e).

##### **Logement pour personne seule :**

Le logement dispose d'une salle de bain (wc, douche, lavabo), d'une pièce principale, d'une penderie, étagères de rangement. D'une kitchenette avec un évier de cuisine, des étagères et d'une table pour la prise des repas. D'un lit médicalisé avec matelas à mémoire de forme. Possibilité d'avoir un frigo sans supplément. (Les plaques électriques sont hors services pour des raisons de sécurité).

##### **Logement pour couple :**

Le logement dispose des mêmes caractéristiques que les logements pour personne seule, avec une pièce supplémentaire servant de chambre.

##### **Dispositions communes relatives au logement :**

Un état des lieux contradictoire et écrit est dressé à l'entrée et à la sortie figure en annexe du contrat. La clé du logement est remise lors de la prise de possession du lieu.

L'établissement assure toutes les tâches de ménage :



Petit ménage : Un entretien quotidien du sol, table et salle de bain. Une fois par semaine les poussières sur le mobilier.

Grand ménage : Une fois par mois, ménage quotidien, poussières, vitres et nettoyage derrière le mobilier.

L'établissement assure toutes les petites réparations, réalisables par l'agent d'entretien de la structure.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Il peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire (fauteuil, table, chaise, photos...).

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

L'abonnement et les communications téléphoniques ainsi que la redevance TV sont à la charge du résident. Ils font l'objet d'une facturation supplémentaire.

### **3.2 Restauration :**

Les repas (déjeuner, dîner) sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

Le petit déjeuner et le goûter sont servis dans le logement.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner.

### **3.3 Le linge et son entretien :**

Le linge domestique (draps plats, taie d'oreiller, serviettes de table), tout comme le linge de toilette, est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel est étiqueté, lavé, repassé sans supplément. L'établissement ne saurait être tenu responsable de la perte de vêtement si un réassort de linge est effectué sans que le service hébergement en soit informé (afin de procéder à un nouvel étiquetage). L'établissement, de part son système d'étiquetage, ne peut assurer le marquage des vêtements à forte contenance d'élastique ainsi que les matières dites « thermolactyls ». L'établissement ne saurait être tenu responsable de la dégradation d'objet, lors du lavage, qui auraient été oubliés dans les vêtements.

Pour des raisons de sécurité, le lave-linge et sèche-linge ne sont pas autorisés.

### **3.4 Animation :**

Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.

Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

### **3.5 Autres prestations :**

Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisis (coiffeur, pédicure...) et en assurera directement le coût.

### **3.6 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne :**

Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

L'établissement accompagnera le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie.

## **IV. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE :**

L'établissement assure une permanence par une aide soignante 24h/24h grâce à l'appel malade et à la veille de nuit.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale ainsi qu'à la prise en charge des soins sont inscrits dans le "Règlement de fonctionnement" remis au résident à la signature du présent contrat. L'établissement a opté pour une tarification partielle dans le cadre de ses relations avec l'assurance maladie, les frais induits par les soins des médecins libéraux ne font pas partie des frais de séjour décrits ci-dessous. L'établissement ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments sont à la charge des résidents. Dans tous les cas 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.

***Les dispositifs médicaux sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement. Par conséquent, les dispositifs médicaux que les résidents ou leurs familles seraient amenés à acheter en dehors de l'établissement resteront à leur charge.***

Un médecin coordonnateur, présent 2 demies-journées par semaine est chargé : <sup>1</sup>

- du projet de soins : le médecin coordonnateur est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui

---

<sup>1</sup> Article D. 312-158 du CASF

interviennent dans l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile (voir partie sur les services de maintien à domicile), services d'hospitalisation à domicile, ...

- de l'organisation de la permanence des soins : le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissances liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

- des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;

- de l'évaluation des soins :

- le dossier médical est élaboré par le médecin coordonnateur. Ce dossier contient au minimum des données sur les motifs d'entrée et de sortie, les pathologies, la dépendance, les comptes-rendus d'hospitalisation.

- le dossier de soins infirmiers est élaboré par le cadre infirmier ou l'infirmier avec l'aide du médecin coordonnateur. Ce dossier inclut les grilles d'évaluation de la dépendance ;

- Un rapport d'activité médicale annuel est rédigé chaque année par le médecin coordonnateur, avec le concours de l'équipe soignante. Il contient des éléments relatifs à la dépendance, aux pathologies et à l'évaluation des pratiques de soins ;

- l'information et la formation : le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes et spécialistes, des personnels paramédicaux libéraux ou salariés

Enfin, 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, le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées

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

## **V. COÛT DU SÉJOUR**

### **5.1 Montant des frais de séjour :**

L'établissement bénéficie d'une convention tripartite avec le Conseil général et l'assurance maladie. 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.

Le présent contrat comporte une annexe à caractère informatif et non contractuel relative aux tarifs et conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence et d'hospitalisation. Elle est mise à jour à chaque changement de tarifs.

#### 5.1.1 Frais d'hébergement :

Le prix des prestations est librement fixé entre l'usager et le gestionnaire lors de la conclusion du contrat à l'exception cependant de la partie correspondant aux prestations de l'assurance maladie et de l'APA.

Lorsqu'une prestation est créée postérieurement à la conclusion du contrat, son prix est librement fixé au moment de sa création et fait l'objet d'un avenant.

Les tarifs des prestations sont annexés au présent contrat.

Ils sont payés mensuellement d'avance, avant le 10 de chaque mois.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, (compte-tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services). L'augmentation est applicable le jour de la parution au journal officiel. Il sera communiqué au résident dès que possible.

Si l'augmentation n'est pas connue à la date de facturation, un rattrapage aura lieu à partir de la date de parution au journal officiel.

#### 5.1.2 Frais liés à la perte d'autonomie

En fonction de leur perte d'autonomie (évaluée à partir de la grille AGGIR), les résidents peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil Général. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé par arrêté du Président du Conseil Général, en sus du tarif hébergement. Une participation reste à la charge du résident en fonction de sa perte d'autonomie. (ticket modérateur).

L'APA est versée à l'établissement directement. Le résident doit compléter le dossier d'APA, et l'adresser au Conseil Général du département de sa dernière adresse connue.

Si l'APA n'est pas versée directement à l'établissement, elle est payée par le résident mensuellement et d'avance directement à l'établissement.

L'augmentation des tarifs dépendances est fixée par arrêté du Président du conseil général et applicable à sa date de parution.

### 5.1.3 Frais liés aux soins :

Le résident peut choisir le professionnel de santé de son choix.

L'établissement précise que seuls les coûts du médecin coordonnateur et des infirmières sont couverts par le budget de la structure. Le reste est à la charge du résident, y compris les frais de transport pour les consultations à l'extérieur de l'établissement.

Dans le cas présent, l'option de l'établissement est celle d'un tarif partiel. Le résident doit avancer les frais liés aux interventions médicales avant remboursement par l'assurance maladie et le cas échéant, votre mutuelle.

### 5.1.4 Dépôt de garantie :

Le résident (ou son représentant légal) verse à l'établissement qui le reconnaît et lui donne quittance, un dépôt de garantie (voir annexe tarif). Ce dépôt de garantie valide la réservation au sein de l'établissement.

**Ce montant sera restitué dans les trente jours** qui suivent la sortie de l'établissement, déduction faite des sommes qui pourraient être dues par le résident à l'établissement (non-respect du préavis de départ, état des lieux, retards de paiement d'éventuels organismes de tutelle).

## **VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

### **6.1 Hospitalisation :**

En cas d'absence pour une hospitalisation, dès le lendemain du jour d'hospitalisation le résident est redevable du tarif hébergement minoré de la déduction pour hospitalisation précisée dans l'annexe tarifs de ce contrat, sans limitation de durée.

### **6.2 Absences pour convenances personnelles :**

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure ou égale à 3 jours, le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 3 jours, le résident est redevable du tarif hébergement minoré de la déduction pour hospitalisation pour une durée maximale de 35 jours par année civile. Au-delà, il est redevable du tarif hébergement sans aucune minoration.

### **6.3 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absences de convenances personnelles :**

La facturation de la dépendance (le reste à charge pour le résident ou ticket modérateur), est déduite dès le lendemain de l'hospitalisation, ou bien après 3 jours pour absence pour convenance personnelle.

#### **6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat :**

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis de 1 mois.

En cas de décès, la tarification prévue est établie jusqu'à ce que la chambre soit libérée.

En outre, dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur le logement, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation prévue jusqu'à la libération du logement.

## **VII. RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT**

### **7.1 Révision :**

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions.

### **7.2 Résiliation à l'initiative du résident :**

Le présent contrat peut être résilié à tout moment, à l'initiative du résident ou de son représentant légal.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis de 1 mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

### **7.3 Résiliation à l'initiative de l'établissement :**

**En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant** au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie.

**En cas de cessation totale d'activité de l'établissement.**

**Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement,** lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des

soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

## **VIII. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES**

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 (défaut de surveillance...).

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

Au titre de l'assurance des biens et objets personnels, le résident :

- a souscrit une assurance dommages dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement,
- n'a pas souscrit d'assurance à la signature du contrat mais s'engage à délivrer copie de la quittance dans le cas où il en souscrirait une.

En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières..., l'établissement dispose d'un coffre et peut accepter le dépôt.

En aucun cas, l'établissement ne sera tenu responsable des pertes, vols et dégradation des objets personnels et de valeurs du résident.

## **IX. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR**

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par la Direction de l'établissement, fera l'objet d'un avenant.

## **X. MEDIATIONS**

En cas de litige entre le professionnel et le consommateur, ceux-ci s'efforceront de trouver une solution amiable.

A défaut d'accord amiable, le consommateur a la possibilité de saisir gratuitement le médiateur de la consommation dont relève le professionnel, à savoir l'Association des Médiateurs Européens (AME CONSO), dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée au professionnel.

La saisine du médiateur de la consommation devra s'effectuer :



- soit en complétant le formulaire prévu à cet effet sur le site internet de l'AME CONSO [www.mediationconso-ame.com](http://www.mediationconso-ame.com)
- soit par courrier adressé à l'AME CONSO, 197 Boulevard Saint-Germain - 75007 PARIS. »

**Etabli conformément :**

- à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, à l'article L 311-4 du Code de l'action sociale et des familles,
- au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- au décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD,
- au décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles,
- aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle le cas échéant,

**Pièces jointes au contrat :**

- le document "Règlement de fonctionnement" dont le résident et/ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- une annexe indicative relative aux tarifs et conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation,
- une copie du jugement de tutelle, curatelle, ou sauvegarde de justice,
- un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne (projet de vie) dans les 6 mois qui suivent l'admission.
- l'attestation d'assurance responsabilité civile et dommages accidents si le résident en a souscrit une,

**Fait à ....., le .....**

**Le Directeur**

**Le Résident : M .....**

**ou son représentant légal : M .....**



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAV

Date : 22/05/2014

Version : 4 du 31/01/2024

## ETAT DES LIEUX \*\* D'ENTREE ETAT DES LIEUX CONTRADICTOIRE DE SORTIE

APPARTEMENT N°

NOM

### ENTREE

PIECE PRINCIPALE

CHAMBRE

SALLE DE BAIN

LIT

FOURNITURES

Oreiller :  
Couverture :  
Clé :

Le.....

Signature  
Locataire

Signature  
Directeur

### SORTIE

PIECE PRINCIPALE

CHAMBRE

SALLE DE BAIN

LIT

FOURNITURES

Oreiller :  
Couverture :  
Clé :

Le .....

Signature  
Locataire

Signature  
Directeur

\*\* Le présent document doit être dûment complété et signé dans les 48h suivant l'entrée du nouveau Résident. Si ce délai n'est pas respecté, il sera entendu que l'appartement ne présente aucune anomalie et que l'ensemble des fournitures ont été données.

|  |                                                                          |
|--|--------------------------------------------------------------------------|
|  | Résidence Les Jardins d'Eden<br>13 rue de la Duboiserie<br>86190 QUINCAÏ |
|--|--------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Document créé le :<br>16/05/2023 | Identités des Familles / Proches / Personne de confiance / Protection... |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

| Nom - Prénom | Adresse postale | Adresse @ | N° Téléphone | Lien avec le Résident |
|--------------|-----------------|-----------|--------------|-----------------------|
|              |                 |           |              |                       |
|              |                 |           |              |                       |
|              |                 |           |              |                       |
|              |                 |           |              |                       |
|              |                 |           |              |                       |
|              |                 |           |              |                       |

Nom de la personne de confiance ou personne à prévenir en 1<sup>ER</sup> : .....

|                             | De jour | De nuit |
|-----------------------------|---------|---------|
| En cas de chute             |         |         |
| En cas de crise d'épilepsie |         |         |
| En cas de sortie inopinée   |         |         |
| En cas d'hospitalisation    |         |         |
| En cas de décès             |         |         |



Résidence Les Jardins d'Eden  
13 rue de la Duboiserie  
86190 QUINCAY

Document créé le :  
02/01/2025  
Version : 1

## Animaux de compagnie

Dans le cadre de sa prestation d'hébergement, en accord avec la loi « Bien vieillir » du 08/04/2024 et afin de préserver le lien entre nos Résidents et leurs animaux de compagnie, nous autorisons la présence de ces derniers (Chien, Chat). La présence d'un NAC fera l'objet d'une étude spécifique (capacités du Résident, cage, ...).

L'animal devra être sociabilisé et ne présenter aucun danger pour le Résident, le personnel ou les autres Résidents. Les animaux agressifs ou bruyants ne seront donc pas admis. Des preuves de vaccination ainsi que de l'état de santé général sont exigés.

**La seule responsabilité de l'animal appartient au Résident et par extension, s'il n'est plus en capacité de le prendre en charge, à sa personne de confiance.**

Le Résident s'engage donc, sans le concours de la structure, à assurer :

- L'achat, le stockage et la distribution de l'alimentation de l'animal.
- Les soins d'hygiène, la propreté générale de l'animal.
- Les sorties de l'animal (y compris pour ses besoins).
- La propreté des lieux où vit et va l'animal (chambre, salle de bain).
- Les soins vétérinaires et de toilettage.

L'animal, sauf accord express de la Direction, ne pourra se promener seul dans l'établissement. Il dormira dans la chambre du Résident et sa présence ne sera pas autorisée dans la salle de Restaurant.

L'établissement ne saura être tenu responsable en cas de fugue de l'animal. Les dégradations ou éventuels incidents/accidents provoqués par l'animal seront de la responsabilité du Résident.

Si le Résident n'est plus en capacité de gérer un des points indiqués précédemment et/ou s'il est absent / hospitalisé / décédé, en cas d'incompatibilité avec la vie en collectivité ou de risque concernant la santé de l'animal ou son bien être de manière générale, la personne de confiance s'engage par la présente à récupérer l'animal sans préavis ni délai afin d'en avoir la charge.

Fait à ..... Le .....

Signatures

Résident :  
Nom / Prénom :

Personne de confiance :  
Nom / prénom :

Prélèvement au 05 au 10 du mois à votre convenance : ..... (nous indiquer votre choix).