EHPAD
Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus
1 Chemin du Clair Ruissel
76870 GAILLEFONTAINE

EHPAD DE GAILLEFONTAINE

CONTRAT DE SEJOUR

EHPAD Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus
1 Chemin du Clair Ruissel
76870 GAILLEFONTAINE
☎ 02.35.90.95.41
contact@ehpad-gaillefontaine.fr

SOMMAIRE

CONTRAT DE SEJOUR

1. Les prestations assurées par l'établissement 2
2.La description du logement et du mobilier fourni par l'établissement 3
2.1 Le logement : 3
3. Les descriptions des autres prestations fournies par l'établissement : 4
3.1 La restauration 4
3.2 Le linge et son entretien 4
3.3 Les courriers 5
3.4 Le téléphone 5
3.5 Les animations 5
3.6 Les prestations : Coiffure, pédicurie et soins esthétiques 6
4. Les aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne 6
5. La sécurité et la contention 6
6. Les médicaments 7
7. Les hospitalisations 7
8. Les directives anticipées et fin de vie : 7
9. Les assurances : 7
10. Les objets de valeurs : 7
11. Les frais d'hébergement 7
11.1 Frais d'hébergement Aide Sociale 7
11.2 Frais d'hébergement hors Aide Sociale 7
11.3 Les frais liés à la perte d'autonomie 9
11.4 Les frais liés aux soins 9
11.5 Les conditions particulières de facturation 9
12. L'actualisation du contrat de séjour : 10
Fiche de renseignements coordonnees des proches 11
Information sur le droit de designer la personne de confiance 12
Formulaire de designation de la personne de confiance 13
Les directives anticipees 15
Engagement de paiement 20
Annexes
Attestation de resiliation de location materiel medical a domicile 22
Autorisation du droit a l'image 24
Autorisation de sortie 26
Avenant au contrat de séjour relatif aux mesures de restrictions de libertés 27
ARTICLE 2 : TYPES DE MESURES ENVISAGÉES 27
Dispositifs de contention corporelle 27
Dispositifs de sécurité et en cas d'errance 27
Mesures de contention adaptative 27
ARTICLE 3 : CADRE D'APPLICATION ET MODALITÉS D'UTILISATION 28
ARTICLE 4 : SUIVI ET RÉÉVALUATION 28
ARTICLE 5 : RECOURS ET DROITS DU RÉSIDENT 28
ARTICLE 6 : DURÉE ET MODIFICATIONS DE L'AVENANT 28
Demande d'accord du résident relatif à la prestation pharmaceutique 29

CONTRAT DE SEJOUR

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus » 1 Chemin du Clair Ruissel 76870 GAILLEFONTAINE est un établissement public autonome.

Le présent contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et de la personne accueillie avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Le présent contrat de séjour est conclu entre :

Madame DANSETTE Aline, directrice de l'établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) "Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus", située : 1 Chemin du Clair Ruissel – 76870 GAILLEFONTAINE

Et

Mme ou M. _____ *(Nom et prénom de la personne accueillie),* né(e) le __ /__ /____ à _____.

Ou

Mme ou M. *(Nom et prénom du représentant légal)*
_–_____

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 :

1. Les prestations assurées par l'établissement

Les modalités générales du fonctionnement de l'EHPAD sont définies dans le document « règlement intérieur » joint et remis au résident avec le présent contrat.

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

Toute modification résultant d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS Normandie) et s'imposant à l'établissement fera l'objet d'une inscription modificative au règlement intérieur et au présent contrat. Elle sera portée à la connaissance du résident ou de son représentant légal par voie d'avenant.

2. La description du logement et du mobilier fourni par l'établissement

2.1 Le logement :

Le logement du résident est son domicile. Il lui est attribué pour toute la durée de son séjour. Une clé de son logement peut lui être remise à l'admission. Il en est responsable. L'établissement, en cas de perte de cette clé ne pourra en être tenu responsable. Le personnel de l'établissement possède également une clé afin de réaliser l'entretien du logement de façon régulière.

Dans l'intérêt du résident en fonction de son état de santé, l'établissement se réserve le droit, après en avoir informé le résident et sa famille, de procéder à un changement de logement. Les logements sont meublés par l'établissement. Néanmoins, l'apport d'objet personnel comme une télévision, un poste de radio, des photos, des cadres, des meubles, un fauteuil ou autres éléments de décoration est vivement encouragé.

L'établissement assure les tâches ménagères et les petites réparations.

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

Toute la literie (matelas, oreillers, couvertures, couvre-lit, draps, taies d'oreillers) ainsi que les voilages et les rideaux sont obligatoirement fournis par l'établissement pour des raisons de sécurité (Matériel non feu). L'utilisation d'autres éléments que ceux fournis par l'établissement est interdite.

Pour des raisons de sécurité, l'installation du téléviseur et d'autres éléments nécessitant des perçages ou scellement sont soumis à l'approbation du service technique. Un agent technique réalisera ce travail en cas de nécessité. La maintenance des appareils appartenant au résident est à la charge de celui-ci.

Tous types d'appareils électriques, de chauffage ou autres combustibles sont **interdits** pour des raisons de sécurité. Les multi prises de type triplette sont également proscrites. La mise en place éventuelle d'autres appareils devra faire l'objet d'un accord écrit de la Direction.

Les réseaux d'électricité ou sanitaires ne peuvent en aucun cas être modifiés ou complétés sans l'accord préalable de la direction de l'établissement. La direction demandera au résident ou à sa famille, d'enlever temporairement ou définitivement tout meuble ou objet encombrant pour le bon fonctionnement du service et/ou non conforme aux dispositions du présent contrat. Si la demande n'est pas suivie d'effet, la direction procédera elle-même à l'enlèvement des objets et se tiendra à la disposition de la famille.

Le résident ou la famille reste pleinement propriétaire des meubles, objets ou effets personnels apportés à l'admission ou durant le séjour.

3. Les descriptions des autres prestations fournies par l'établissement :

3.1 La restauration

Les menus sont établis en « commission des menus » avec le service cuisine, les référents nutrition, des résidents et supervisés par une diététicienne. Ils sont portés à la connaissance des résidents à différents endroits de l'établissement.
Le service cuisine est informé par les infirmières des régimes alimentaires prescrits.

Le personnel n'est pas autorisé à assurer le stockage, le réchauffage ou la préparation et le service de repas ou de denrées qui pourraient être introduits dans l'établissement par qui que ce soit. L'introduction des denrées alimentaires périssables ou sensibles est fortement déconseillée au résident et à sa famille.

L'établissement ne saurait être rendu responsable d'incidents survenus suite à la consommation de denrées alimentaires ne provenant pas de son service de restauration. En cas d'installation d'un réfrigérateur, en cohérence avec la taille de la chambre et les normes en vigueur, l'entretien ainsi que les denrées qui y sont positionnées relèvent de la responsabilité du résident.
Le résident n'est pas autorisé à cuisiner dans son logement. Le fait de ne pas prendre un ou plusieurs repas dans l'établissement ne donne pas lieu à décompte sur le prix de journée dû.

Le résident est autorisé à installer un réfrigérateur dans son logement. Celui-ci doit être en parfait état de fonctionnement et d'une propreté irréprochable. Le personnel d'entretien n'est pas autorisé à intervenir sur le réfrigérateur en cas de panne, le résident devra faire appel à un réparateur agréé de son choix. Le résident autorise l'établissement à vérifier régulièrement l'état du réfrigérateur et la fraîcheur des denrées entreposées. Toute denrée suspecte sera éliminée.

Dans le cas d'un manque d'hygiène répété ou d'un non-respect des règles de sécurité, il sera procédé à l'enlèvement du réfrigérateur par le personnel de l'établissement. Celui-ci sera tenu à la disposition de la famille.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner à titre exceptionnel avec un délai de prévenance de 7 jours.

Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et affiché chaque année.
Repas accompagnant du lundi au Samedi : 10,00 €
Repas accompagnant dimanche et jour Férié : 13,00 €
Repas de Fête (An, Pâques et Noël) : 25,00€

Le prix du repas « accompagnant » sera à réglé uniquement par chèque.

3.2 Le linge et son entretien

Le linge personnel est fourni par le résident et/ou sa famille et est étiqueté par la blanchisserie de l'EHPAD. Le linge est lavé et repassé par l'établissement, aucune prestation de nettoyage à sec n'est proposée. Il est déconseillé d'inclure des textiles délicats dans le trousseau (laine,

Rhovyl, Damart, etc.). Celui-ci peut également être entretenu à l'extérieur par la famille, sans déduction sur le tarif journalier.

L'établissement ne pourra être tenu responsable des détériorations sur ce type de vêtements.

Le linge de maison et de toilette : (draps, serviettes, etc.) est fourni et entretenu par l'établissement.

3.3 Les courriers

Le courrier est distribué du lundi au samedi et des envois peuvent se faire par le biais de l'administration. L'affranchissement est à la charge du résident.

3.4 Le téléphone

L'établissement s'est doté d'un système de téléphonie permettant la gestion des lignes téléphoniques des personnes hébergées.

En effet, au moyen de la signature d'un contrat d'engagement, le résident et/ou sa famille peut demander dès l'entrée ou à tout moment du séjour l'ouverture d'une ligne directe rapidement. Il restera à définir auprès du service administratif l'utilisation de cette ligne :

- Pour recevoir uniquement les appels avec un coût d'abonnement
- Pour appeler sans limitation et recevoir les appels moyennant le coût de l'abonnement forfaitaire.

Le coût d'abonnement forfaitaire a été validé par le Conseil de la Vie Sociale et le Conseil d'Administration en date du 25 avril 2018, à un abonnement mensuel (abonnement + communications illimités) de 13 € TTC.

Dans les deux cas, la fermeture de cette ligne peut s'effectuer à tout moment du séjour.

En outre, le résident peut bénéficier d'un combiné téléphonique afin de RECEVOIR UNIQUEMENT les appels qui lui seront transférés par le service administratif ouvert du Lundi au Vendredi de 9h-12h et 13h30-17h sans aucun frais.

Vous êtes invité à faire part au service administratif de votre choix afin de finaliser les démarches.

3.5 Les animations

Les activités d'animation proposées au sein de l'établissement sont gratuites et organisées quotidiennement. Cependant, certaines sorties ou événements exceptionnels, en dehors de l'EHPAD (voyages, excursions), peuvent nécessiter une participation financière de la part du résident.

Le résident est régulièrement invité à participer aux différentes animations, car celles-ci constituent un moment privilégié dans la vie de l'établissement, favorisant le lien social et le bien-être.

3.6 Les prestations : Coiffure, pédicurie et soins esthétiques

L'établissement dispose d'un salon de coiffure accessible aux familles et aux intervenants extérieurs. Deux agents référents s'occupent de prendre les rendez-vous auprès de ces professionnels, cette prestation est à la charge des résidents.

L'établissement propose également des soins de pédicurie simples. Le résident a également la possibilité de recourir à un pédicure externe à sa charge.

Le résident est libre de recevoir, dans son logement, des prestataires de services (coiffure, soins, etc.) aux horaires de visite, sous réserve que leurs interventions ne perturbent pas le bon fonctionnement de l'établissement ni la tranquillité des autres résidents. Le démarchage auprès des autres résidents est interdit, et les prestataires doivent se signaler auprès de l'équipe soignante.

4. Les aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

L'établissement accompagne le résident dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en encourageant sa participation chaque fois que possible, dans le but de maintenir ou de restaurer le plus haut niveau d'autonomie.

Le consentement du résident ou, si nécessaire, celui de la personne de confiance ou de la famille, sera systématiquement recherché pour tout soin, traitement ou investigation médicale.

Les résultats d'examens médicaux sont communiqués au résident ou, avec son accord, à la personne de confiance. Le résident a la possibilité de s'opposer à la communication de ses informations médicales à des tiers.

Un projet d'accompagnement personnalisé est établi dès l'admission, en collaboration avec l'équipe médicale, le résident et/ou sa famille. Ce projet est régulièrement évalué et ajusté.

Les informations relatives à la prise en charge médicale figurent dans le règlement de fonctionnement remis au moment de la signature du contrat.
L'établissement assure une présence 24h/24, notamment via un système d'appel malade et une veille de nuit.

5. La sécurité et la contention

La sécurité des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes impose une surveillance constante. Dans certaines situations, la contention peut être envisagée pour des raisons de sécurité. Toutefois, notre approche privilégie une réduction du recours à ces dispositifs. Les contentions, prescrites par le médecin, sont réévaluées, et l'accord du résident ou de sa personne de confiance est systématiquement recherché tracé dans Le dossier du résident.

6. Les médicaments

La détention de produits pharmaceutiques dans les chambres est interdite. Les médicaments sont délivrés par l'officine de ville et leur distribution est assurée par le personnel paramédical.

7. Les hospitalisations

En cas d'hospitalisation, le résident conserve son logement à condition qu'un retour soit médicalement envisageable. Le prix de journée reste dû pendant la période d'hospitalisation et les frais de forfait hospitalier sont déductibles à partir du 4e jour d'absence.

8. Les directives anticipées et fin de vie :

Les moments de fin de vie sont accompagnés avec des soins et un soutien adapté, dans le respect des croyances et des souhaits du résident et de ses proches.

Le résident est invité à rédiger des directives anticipées, dans lesquelles il exprime ses souhaits relatifs à la fin de vie. Ces directives sont consultées par le médecin en cas de décision concernant un traitement ou une intervention. Elles peuvent être révoquées à tout moment.

9. Les assurances :

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités conformément aux lois et règlements en vigueur. Cette assurance couvre les dommages causés par l'usager.

Cependant, le résident doit avoir une assurance responsabilité civile pour couvrir ses biens personnels à l'extérieur et les dommages causés à autrui ou à soi-même. (Exemple : Bris de lunettes, perte d'appareil dentaire, casse de mobilier…). Le résident s'engage à fournir son attestation d'assurance tous les ans.

10. Les objets de valeurs :

Aucune somme d'argent ne doit être remise au personnel, que ce soit à titre de gratification ou de dépôt. L'établissement n'est pas habilité à gérer les fonds privés des résidents. Un coffre sécurisé est mis à disposition dans chaque logement.

11. Les frais d'hébergement

11.1 Frais d'hébergement aide sociale

Les prestations hôtelières sont facturées selon une tarification fixée annuellement. À la date de conclusion du présent contrat, le tarif est de 69.94 € par jour pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Les résidents bénéficiant de l'aide sociale doivent s'acquitter dès leur entrée de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources, avec un minimum de 1 % du revenu social annuel.

Un dépôt de garantie équivalent à un tarif mensuel vous sera demandé lors de l'admission, par chèque ou prélèvement. Un état des lieux sera effectué lors de l'entrée et de la sortie.

Les tarifs au 01er Avril 2026 sont les suivants :

Le degré de dépendance (GIR)	Hébergement	Ticket modérateur en +	Dépendance en +	Total	Jours	Prix mensuel
GIR 1 et 2	69,94 €	6,88 €	18,67 €	95,49 €	31	2 960,19 €
GIR 3 et 4	69,94 €	6,88 €	9,33 €	86,15 €	31	2 670,65 €
GIR 5 et 6	69,94 €	6,88 €	0,00 €	76,82 €	31	2 381,42 €

L'établissement applique également une tarification différenciée. Cette tarification différenciée concerne uniquement les personnes finançant elles-mêmes leur séjour (hors bénéficiaires de l'aide sociale).

Ce dispositif vise à mieux adapter le coût des prestations aux capacités financières et aux besoins des résidents concernés.
Les modalités de ce tarif différencié seront précisées ci-dessous.

11.2 Frais d'hébergement hors aide sociale :

Spécificités de la tarification différenciée

- Les tarifs différenciés s'appliquent uniquement aux résidents non bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).
- Le tarif dépendance est facturé en sus, en fonction du niveau de GIR (Groupe Iso-Ressources), conformément aux règles en vigueur.
- Tous les tarifs sont révisables annuellement.

GRILLE TARIFAIRE DIFFERENCIEE (RESIDENTS HORS AIDE SOCIALE)

Tarifs applicables à compter du : 01 Juillet 2026

Prestations	Tarif journalier TTC
Hébergement	73.44 €

Le degré de dépendance (GIR)	Hébergement	Ticket modérateur en +	Dépendance en +	Total	Jours	Prix mensuel
GIR 1 et 2	73,44 €	6,88 €	18,67 €	98,99 €	31	3 068,69 €
GIR 3 et 4	73,44 €	6,88 €	9,33 €	89,65 €	31	2 779,15 €
GIR 5 et 6	73,44 €	6,88 €	0,00 €	80,32 €	31	2 489,92 €

Les modalités de paiement sont à terme à échoir, c'est-à-dire que le loyer doit être payé le 15 du mois en cours. Le prélèvement automatique est fortement conseillé.

Un dépôt de garantie équivalent à un tarif mensuel vous sera demandé lors de l'admission, par chèque ou prélèvement. Un état des lieux sera effectué lors de l'entrée et de la sortie.

11.3 Les frais liés à la perte d'autonomie

En fonction de leur perte d'autonomie *(évaluée à partir de la grille AGGIR)* et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Conseil Départemental.
Cette allocation peut couvrir partiellement ou en totalité le tarif dépendance.

11.4 Les frais liés aux soins

Le prix de journée est fixé annuellement par arrêté du Conseil Départemental sur proposition du Conseil d'Administration.

Le tarif comprend :

- ✓ L'hébergement,
- ✓ Les repas,
- ✓ Le chauffage et l'éclairage,
- ✓ Le blanchissage et marquage du linge,
- ✓ Les protections de jour comme de nuit,
- ✓ Les consultations de médecins, du kinésithérapeute,
- ✓ Les actes de biologies et de radiologies,
- ✓ Les animations proposées (interne et externe à l'EHPAD).

11.5 Les conditions particulières de facturation :

En cas d'hospitalisation :

Après 72 heures d'absence, le tarif hébergement est minoré du forfait hospitalier journalier. Le tarif dépendance n'est plus facturé dès le premier jour d'absence.

En cas de résiliation du contrat :

- Départ volontaire : Préavis d'un mois. La facturation s'arrête à l'échéance du préavis.
- En cas de décès : Facturation jusqu'au jour du décès.

12 L'actualisation du contrat de séjour :

Toute modification du présent contrat, après avis du Conseil de Vie Sociale, sera notifiée par un avenant.

Après avoir pris connaissance de ce contrat de séjour et sous réserve que le dossier administratif soit complet et accepté,

Mr ou Mme _____est admis(e) dans l'établissement.

Fait à Gaillefontaine, le _____

Signature du Résident et de son représentant
Avec la mention "Lu et approuvé"

La Directrice,
Aline DANSETTE

EHPAD
Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus
1 Chemin du Clair Ruissel
76870 GAILLEFONTAINE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
COORDONNEES DES PROCHES

① Personne référente administrativement
(Si celle-ci est différente de la personne de confiance)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Mail : _____@_____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir ❒le jour ❒la nuit

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

② NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Mail : _____@_____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir ❒le jour ❒la nuit

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

③ NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Mail : _____@_____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir ❒le jour ❒la nuit

INFORMATION SUR LE DROIT DE DESIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE

Mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.
Conforme au décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016

Attestation relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Fonctions dans l'établissement :

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____

Attestation signée à Gaillefontaine, le _____

Signature du directeur ou de son représentant : Cosignature de la personne accueillie :

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

MENTIONNEE A L'ARTICLE L.311-5-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse :

_____

_____

☎: ___/___/___/___/___ : ___/___/___/___/___

Professionnel : ___/___/___/___/___

E-mail : _____

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à _____, le _____

Signature du résident :	Signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que **cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance** mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

Oui ❒ Non ❒

❒ **Je lui ai fait part de mes directives anticipées,** telles que définies à l'article L.1111-11 du code de la santé publique, **si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer** :

Oui ❒ Non ❒

❒ **Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ❒ non ❒**

Fait à _____, le_____

Signature du résident :	Signature de la personne de confiance :

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

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

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave.

Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation. Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11, R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr.

Le médecin devra-t-il respecter vos directives ? Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devront respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi.

Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ? Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.

- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Si un « dossier médical partagé » a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance »).

De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin
de vie, vos volontés seront respectées. Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

…….....

Si Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

❶ À propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. Entrainant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

❷À propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.
La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

.....

❸ à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

.....

.....

❹Demande spécifique :

.....

.....

Fait le .....à .....

Signature du résident :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... À .....

Signature du témoin 2 :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je vous confirme la demande d'admission dans votre établissement de :

☐ M^me ☐ M^r _____

Financement des frais de séjour :

1/Au vu de mes ressources suffisantes, je choisis de régler :

❑ Par chèque à envoyer au Trésor Public
❑ Par prélèvement automatique et pour cela je remplis le mandat de prélèvement ci -joint

2/ ☐ Au vu de mes ressources insuffisantes, je demande à établir une prise en charge à l'Aide Sociale.

Je m'engage en conséquence à faire verser 90%de mes pensions au Trésor Public de SOTTEVILLE-LES-ROUEN à compter de mon entrée.
En cas de refus de l'aide sociale, je règlerai les frais d'hébergement.

--*-

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Prélèvement Facturation hébergement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'EHPAD de GAILLEFONTAINE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD de GAILLEFONTAINE.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 25 ZZZ 654795

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : EHPAD "Résidence Lefebvre-Blondel-Dubus" Adresse : 1Chemin du Clair Ruissel Code postal : 76870 Ville : GAILLEFONTAINE Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) — IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I B A N

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
~~Paiement ponctuel~~ Y

Signé à :
Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EHPAD de GAILLEFONTAINE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'EHPAD de GAILLEFONTAINE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

ATTESTATION DE RESILIATION DE LOCATION MATERIEL MEDICAL A DOMICILE

Objet : Prise en charge des locations de matériel médical

Madame, Monsieur,

Vous venez d'entrer dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En vue de permettre à l'EHPAD dans lequel vous séjournez d'assurer la prise en charge complète de votre situation, vous devez informer la direction de cet établissement, des locations de matériel médical dont vous bénéficiez actuellement.

Certaines dépenses de soins et de matériel médical sont couvertes par un forfait versé par l'Assurance Maladie à votre EHPAD. Ce forfait peut notamment couvrir les frais relatifs à la mise à disposition d'un lit médicalisé, d'un fauteuil roulant manuel, d'un déambulateur, d'un soulève-malade, d'un verticalisateur, etc.

Toute prise en charge d'une location de matériel médical par l'Assurance Maladie à votre ancienne adresse devient, de ce fait, caduque.

Par conséquent, il vous appartient de mettre fin à cette location, en contactant le fournisseur d'appareillage concerné.

Pour ce faire, vous voudrez bien compléter le document qui vous est remis avec ce courrier.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'à défaut de procéder à cette démarche, les sommes engagées pourront être réclamées.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

La Direction

Partie à compléter et à remettre au fournisseur d'appareillage ou au pharmacien

Je soussigné(e) ;

Nom et Prénom : ……

Né(e) le ……à…….

Admis à l'EHPAD Résidence LEFEBVRE-BLONDEL-DUBUS, 1 Chemin du Clair Ruissel 76870 GAILLEFONTAINE,

Demande la récupération par vos soins du matériel médical que vous me louez actuellement.

Ce matériel devra être retiré à l'adresse suivante :

…….

…..……

……..……

Date de la demande et signature :

Partie à compléter par le fournisseur d'appareillage ou le pharmacien

Je soussigné(e)

Nom de la structure……

Fournisseur d'appareillage ou pharmacien,

M'engage à récupérer en date du ……

Le matériel loué à Madame ou Monsieur……...

Signature :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'UTILISATION DE L'IMAGE

1. Informations du résident

Nom :
Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / _____

Nom du représentant légal (si applicable) :

2. Objet du consentement

Dans le cadre de la prise en charge des résidents incluant notamment des activités organisées au sein de l'EHPAD ou à l'extérieur (animations, sorties, vie quotidienne, projets culturels ou intergénérationnels…), des photographies, vidéos ou enregistrements audio peuvent être réalisés afin de valoriser les actions menées, témoigner de la vie de l'établissement, ou à des fins de communication interne et externe.

Des photographies du résident sont aussi nécessaires pour identifier son dossier médical et participer aux consultations de télémédecine/téléexpertise, mais aussi pour sécuriser l'administration de ses soins et de ses traitements médicamenteux.

Une photographie est fortement recommandée pour la sécurité du résident et son suivi médical.

Conformément à la législation en vigueur (article 9 du code civil et RGPD), l'établissement ne peut utiliser l'image d'un résident qu'avec son accord écrit ou celui de son représentant légal.

Si le représentant légal ne répond pas, il sera considéré que le consentement au droit à l'image a été refusé.

3. Finalités et supports d'utilisation

Cochez les **usages autorisés** :

Usage	Support	Consentement (cocher les cases souhaitées)
Usage interne à l'établissement	Dossier de soins informatisé et dossier médical - Participation aux activités de télémédecine/téléexpertise ☐ Fortement recommandé pour la sécurité du résident et son suivi médical	☐ Oui ☐ Non
	Affichage dans les locaux (panneaux d'animation, affiches, etc.) Journal ou bulletin interne (papier ou numérique)	☐ Oui ☐ Non

Usage	Support	Consentement (cocher les cases souhaitées)
Usage externe / communication institutionnelle	Envoi de photos dans le cadre de communications avec les proches (mail, newsletter, journal familial Famileo) Site internet de l'établissement, Réseaux sociaux officiels de l'établissement (Facebook, Instagram, etc.) Supports de communication externe (plaquettes, affiches, presse locale, etc.) Participation à des concours, expositions, publications partenaires	☐ Oui ☐ Non

4. Durée du consentement

Le présent consentement est valable pendant un an.

5. Droit de retrait

À tout moment, le résident ou son représentant peut **retirer ce consentement**, sans justification, en adressant une demande écrite à la direction de l'établissement. Le retrait n'aura pas d'effet rétroactif sur les images déjà publiées dans le respect des usages précédemment autorisés.

6. Signature

Je soussigné(e) :

☐ Le résident

☐ Le représentant légal du résident

Nom :

Agissant en qualité de :

Autorise l'établissement à utiliser l'image du résident dans les conditions sélectionnées ci-dessus.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du résident ou de son représentant :

Signature de la direction de l'établissement :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e),

(Nom et Prénom du référent) ……

En tant que référent, autorise

(Nom et Prénom du résident) ……

Né (e) le __/__/____ à _____

Demeurant à

L'EHPAD RESIDENCE LEFEBVRE-BLONDEL-DUBUS
1 chemin du Clair Ruissel
76870 GAILLEFONTAINE

À effectuer des sorties extérieures dans le cadre de l'Animation.

Fait à _____, le __ /__ / _____

Signature du référent :

Avenant au contrat de séjour relatif aux mesures de restrictions de libertés

M. / Mme _____résident(e), représenté(e) par_____, dénommé(e) reconnait avoir pris connaissance des informations ci-dessous :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent avenant vise à encadrer et informer les proches de l'utilisation de mesures susceptibles de restreindre la liberté du résident pour des raisons de sécurité, de protection de sa santé ou de celle d'autrui, en conformité avec la réglementation en vigueur et dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes.

ARTICLE 2 : TYPES DE MESURES ENVISAGÉES

Afin de garantir la sécurité de M/Mme_____

Tout en préservant son bien-être et sa dignité, la mise en place des dispositifs relèvent d'une prescription médicale sous certaines conditions strictes avec une réévaluation multidisciplinaire rapide et répétée.

Dispositifs de contention corporelle

- **Ceintures de maintien** : Utilisation de ceintures afin d'éviter les chutes ou les déplacements non sécurisés.

- **Barrières de lit** : Installation de barrières de lit lorsque le risque de chute pendant le sommeil est jugé important mais également à la demande du résident.

Dispositifs de sécurité et en cas d'errance

- L'EHPAD contient une **unité de vie protégée** de 28 lits destinée à recevoir des résidents susceptibles de présenter un risque de sortie inopinée et/ou des troubles du comportement. Le médecin prend la décision d'orienter le résident dans le service traditionnel si besoin.

Mesures de contention adaptative

- **Vêtements adaptés** : L'établissement peut proposer des vêtements adaptés pour des raisons de dignité, tout en respectant le confort et la liberté de mouvement du résident.

- **Fauteuils adaptés** : Des fauteuils spécifiques peuvent être utilisés pour prévenir les chutes.

ARTICLE 3 : CADRE D'APPLICATION ET MODALITÉS D'UTILISATION

Toutes les mesures mentionnées ci-dessus seront appliquées sous les conditions suivantes :

Évaluation médicale : Chaque mesure est précédée d'une évaluation médicale et est prescrite par un professionnel de santé qualifié (médecin, gériatre, etc.). Elles ne sont mises en œuvre qu'en dernier recours, après avoir épuisé toutes les alternatives possibles.

Proportionnalité et temporalité : Les dispositifs de restriction de liberté ne sont utilisés que pendant le temps strictement nécessaire pour garantir la sécurité du résident ou des autres résidents. Leur utilisation fait l'objet d'une réévaluation régulière afin d'en limiter la durée et d'adapter les interventions.

Information et consentement : Le résident, ainsi que son représentant légal s'il y a lieu, est informé préalablement de la mise en place de ces mesures. En cas d'urgence, une information ultérieure sera donnée dans les plus brefs délais.

Respect de la dignité : En tout état de cause, l'établissement s'engage à respecter la dignité du résident. Chaque dispositif est mis en œuvre de manière à préserver l'intimité, la dignité et les droits fondamentaux du résident.

ARTICLE 4 : SUIVI ET RÉÉVALUATION

Un suivi plus régulier de l'état de santé et des besoins du résident est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire. Chaque mesure de contention ou de restriction de liberté est réévaluée régulièrement pour s'assurer de sa pertinence, de sa nécessité et de son adaptation à l'évolution de l'état de santé du résident.

ARTICLE 5 : RECOURS ET DROITS DU RÉSIDENT

Le résident ou son représentant légal peut contester l'application de ces mesures et demander leur réévaluation. L'établissement s'engage à examiner toute demande et à organiser une réunion d'évaluation si nécessaire.

ARTICLE 6 : DURÉE ET MODIFICATIONS DE L'AVENANT

Le présent avenant prend effet à compter de la date de signature et est valable pour toute la durée du séjour.

Fait à Gaillefontaine, le _____

Signature avec la mention "Lu et approuvé" Le résident et/ou son représentant légal:	Le médecin coordonnateur, Dr GUBIN Florence

Demande d'accord du résident relatif à la prestation pharmaceutique

Madame, Monsieur,

Toute personne a le libre choix de son pharmacien. Afin de promouvoir la meilleure prestation pharmaceutique au profit de ses résidents, l'établissement dans lequel vous êtes accueilli est conventionné avec la pharmacie d'officine de Gaillefontaine.

Si vous souhaitez bénéficier de cette prestation, nous vous remercions de compléter le formulaire de demande ci-dessous.

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur ....., résident dans l'établissement ou son représentant légal,

- ☐ Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EHPAD dans une démarche conventionnelle de qualité, de sécurité et de traçabilité de la prise en charge médicamenteuse,
- ☐ Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé (accompagnés de toutes les informations nécessaires à leur administration et à la coordination des soins avec les équipes soignantes et médicales) par le pharmacien d'officine engagé par convention (dans le respect des objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de sa prestation),

Le résident ou son représentant légal demandant ce service gracieux au sein de notre établissement ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.

Fait à… …….

Date : …….

Signature :