

# EHPAD

Etablissement d'Hébergement  
pour Personnes Agées Dépendantes



**Contrat de séjour**



**Document individuel de prise  
en charge**

**EHPAD Le clos des grands chênes  
Route de Pont Augan - 56150 BAUD  
02 97 51 03 73 – [contact@leclostdesgrandschene.com](mailto:contact@leclostdesgrandschene.com)**

En respect du décret relatif au contrat de séjour prévu par l'article L 311-4 du Code de l'action sociale et des familles, le présent document définit les objectifs de la prise en charge de la personne accueillie dans le respect de la liberté et de la dignité de chacun, en référence à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Sont également déclinées la liste et la nature des prestations offertes avec leur coût prévisionnel, la description des conditions de séjour, les modalités financières et les conditions de réalisation.

Ce contrat est établi lors de l'admission avec la participation de la personne et si nécessaire de sa famille ou de son représentant légal. Il est remis à chaque personne au plus tard dans les 15 jours suivant l'admission.

Ce contrat doit être signé dans le mois qui suit l'admission. Lors de la signature le résident peut être accompagné de sa personne de confiance.

## SOMMAIRE

<b>1. DEFINITION DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>05</b>
1.1. Le projet d'accompagnement personnalisé	
1.2. La visite préalable et la recherche de consentement	
1.3. La personne de confiance	
1.4. Les directives anticipées	
1.5. Le droit à l'information, à l'accès et à la protection des données (RGPD)	
<b>2. LES PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT</b>	<b>05</b>
2.1. Le logement	
2.2. Le téléphone et téléviseur	
2.3. L'entretien des locaux	
2.4. La restauration	
2.5. Le linge et son entretien	
2.6. Les produits d'hygiène	
2.7. Le marquage des prothèses	
2.8. Les autres prestations	
2.9. L'animation	
2.10. Le culte	
2.11. Le droit à l'image	
<b>3. LES SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>	<b>08</b>
3.1. Médecin coordinateur	
3.2. Diététicienne	
3.3. Psychologue	
3.4. Ergothérapeute	
3.5. Dentiste	
3.6. Conventions de soins	
3.7. Dossier Médical Partagé	
<b>4. LE DEPOT DE GARANTIE</b>	<b>08</b>
<b>5. LE COUT SU SEJOUR</b>	<b>09</b>
<b>6. LA FACTURATION</b>	<b>09</b>
6.1. Facturation en cas d'absence pour convenance personnelles	
6.2. Facturation en cas d'absence pour hospitalisation	
<b>7. LES CONDITIONS DE PAIEMENT</b>	<b>10</b>
<b>8. LES CONDITIONS DE RESILIATION</b>	<b>10</b>
8.1. Droit de rétractation	
8.2. Résiliation à l'initiative du résident	
8.3. Résiliation à l'initiative de l'établissement	
<b>9. LES RESPONSABILITES RESPECTIVES ET GENERALITES</b>	<b>11</b>
9.1. Assurances	
9.2. Objets de valeurs	
9.3. Interdiction de fumer	

## Annexes

**Montant des frais de séjour** p.13 - 14

**Montant du repas visiteur** p.13 - 14

**Liste indicative du trousseau** p.15

**Fiche information personne de confiance** p.16

**Fiche d'admission** p.17

**Formulaire droit à l'image** p.19

**Formulaire ouverture compte Silverdo** p.20

**Formulaire référent familial** p.21

**Consentement traitement des données** p.22

**Consentement contrôle de l'espace privatif** p.23

**Recueil anticipé consentement en cas d'AES** p.24

**Fiche de vie sociale** p.25

## CONTRAT DE SEJOUR

Il est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD « Le Clos des Grands Chênes », représenté par son directeur, Mr LE NEILLON Jean-Michel et d'autre part,

.....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Dénommé(e) le(la) résident(e) dans le présent document,

Le cas échéant, représenté(e) par :

Son représentant légal (Joindre la photocopie du jugement) :

Tuteur      Curateur      Habilitation familiale

Mme/Mr.....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

**Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter du .....  
ou pour une durée déterminée du ..... au .....**

Cette date correspond à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le(la) résident(e) décide d'arriver à une date ultérieure.

A la date de signature du présent contrat, la chambre n° ..... (sous réserve) est attribuée à

## DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Il est établi un document individuel de prise en charge (DIPC) par l'EHPAD Le clos des grands chênes, représenté par le directeur, Mr LE NEILLON Jean-Michel :

A partir du .....

Et au bénéfice de

Mme/Mr.....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Dénommé(e) le(la) résident(e) dans le présent document.

**Il est convenu ce qui suit :**

## **1. DEFINITION DES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT**

### **1.1. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé**

Il prend en compte les attentes et besoins de la personne accueillie. Ce projet spécifique au résident devra être personnalisé et tenir compte de sa singularité. Il sera articulé autour du volet social, du volet médical et tiendra compte du parcours de vie du résident. Il prendra la forme d'un avenant au contrat de séjour.

### **1.2. La visite préalable et la recherche de consentement**

Avant l'entrée dans l'établissement et lorsque la situation le permet, une visite préalable est organisée à domicile. Le futur résident peut être accompagné de son entourage ou de sa personne de confiance.

Au cours de cet entretien, la personne désignée par la Direction de l'établissement informe le futur résident de ses droits et s'assure de leur compréhension par ce dernier.

Le consentement du futur résident à l'entrée dans l'établissement est recherché.

### **1.3. La personne de confiance**

A l'entrée à l'EHPAD, la personne désignée par la Direction de l'établissement doit proposer de nommer une personne de confiance.

Le futur résident s'engage à informer l'établissement en cas de modification ou de révocation de sa personne de confiance.

### **1.4. Les directives anticipées**

Si le futur résident a rédigé des directives anticipées avant son entrée à l'EHPAD, il s'engage à en informer le médecin coordonnateur de l'établissement. Ceci dans le cas où il serait dans l'impossibilité de manifester son consentement en fin de vie, ses souhaits concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Il s'engage à informer le médecin coordonnateur s'il décide de les modifier ou de les révoquer.

### **1.5. Droit informatique, liberté et protection des données**

Dans le cadre de sa mission d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement de personnes âgées en perte d'autonomie, l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes, est amené à collecter des données à caractère personnel et confidentiel. Ces informations sont conservées de manière sécurisée et seulement accessibles par les personnels et intervenants libéraux habilités dans le cadre de leur mission.

En conformité avec la réglementation RGPD, vous bénéficiez du droit accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données. Vous pouvez à tout moment adresser votre demande d'accès à la Direction de l'établissement, EHPAD Le clos des Grands Chênes, Route de Pont Augan, 56150 BAUD.

## **2. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT**

### **2.1. Le logement**

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement remis au futur résident ou à son représentant légal.

Les chambres sont individuelles, équipées d'une salle d'eau personnelle et d'une superficie de 22 m<sup>2</sup> environ. Les équipements de la chambre sont les suivants : lit à hauteur variable, chevet,

table/bureau, chaise, fauteuil de repos, table de lit, télévision avec télécommande. Chaque chambre comporte un placard avec penderie et rangements.

Les résidents sont invités à apporter des objets personnels afin de décorer leur chambre conformément à leurs souhaits et dans la limite de la surface de la chambre, des normes de sécurité, et après avis du service.

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est incluse dans le tarif de l'hébergement.

#### 2.2. Le téléphone et téléviseur

Chaque chambre est équipée d'un téléviseur mural avec télécommande.

Le téléphone est privé et n'est pas fourni, la demande de raccordement est laissée à l'initiative du futur résident. L'abonnement, les communications téléphoniques ainsi que le combiné sont à la charge du résident.

#### 2.3. L'entretien des locaux

Le personnel de l'EHPAD assure le ménage des locaux ainsi que les petites réparations courantes sans restriction. Les réparations des objets ou appareils électriques personnels sont laissées à la charge du résident.

#### 2.4. La restauration

Les repas sont servis en salle à manger hormis le petit déjeuner qui est servi en chambre ou dans les petits salons télé. Les repas ne peuvent être pris en chambre que pour des raisons médicales.

Les régimes alimentaires sont assurés par l'établissement s'ils font l'objet d'une prescription médicale.

Les menus de la semaine sont affichés à l'entrée de la salle de restaurant, dans les services et sur le site Silverdo.com. Les repas sont préparés sur place par la cuisine de l'établissement.

Le résident peut recevoir à déjeuner ses proches, en semaine, dans la salle des familles, après réservation auprès de l'accueil.

Le prix du repas est fixé chaque année par le Conseil d'Administration de l'EHPAD. La réservation est à effectuer 48h au moins à l'avance.

La facturation sera transmise, à terme échu, par courrier à la personne ayant effectué la réservation.

Le règlement de la facture se fait, à réception et au plus tard le 25 du mois, par chèque libellé à l'ordre de TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN ou par virement.

#### 2.5. Le linge et son entretien

Le linge de table, de toilette et les draps sont fournis et entretenus en totalité pour le lavage et le repassage par le service de lingerie de l'EHPAD.

Le linge à usage unique pour les personnes incontinentes, les alèses et garnitures sont fournies par l'établissement.

Tout vêtement nouvellement apporté devra être porté à la connaissance d'un membre du personnel afin que le marquage soit contrôlé et le trousseau actualisé (un inventaire du linge est réalisé par la lingère à l'entrée du résident).

Il est recommandé de privilégier les textiles faciles d'entretien et **d'éviter absolument la pure laine, la soie et autres tissus délicats ne pouvant supporter le séchage en sèche-linge.**

L'établissement ne saurait être tenu pour responsable de la détérioration du linge délicat décrit ci-dessus.

Le nettoyage à sec, en cas de besoin, sera effectué par un pressing extérieur et à régler directement au prestataire de service.

## 2.6. Les produits d'hygiène

Les produits d'hygiène tels que le savon, le shampoing, le dentifrice, eau de Cologne,... ne sont pas fournis par l'établissement et sont donc à renouveler en quantité nécessaire et à la charge du résident.

## 2.7. Le marquage des prothèses (appareil dentaire, prothèse auditive, lunettes, canne...)

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

## 2.8. Les autres prestations (coiffeur, esthéticienne)

### 2.8.1. Coiffeur

Pour les prestations de coiffure, chaque résident peut faire appel à son coiffeur habituel ou aux coiffeuses intervenant régulièrement dans l'établissement. Le salon de coiffure est gracieusement mis à disposition. La facture est établie par le prestataire au nom du résident et à la charge de celui-ci.

### 2.8.2. Esthéticienne

Chaque mois, l'EHPAD prend en charge les épilations du visage pour les résidentes. Pour toute autre prestation esthétique (soins du visage, des pieds, autres épilations...) chaque résident peut faire appel à l'esthéticienne de son choix ou à l'esthéticienne intervenant régulièrement dans l'établissement. La prestation est dans ce cas à charge du résident.

## 2.9. L'animation

Les actions d'animation organisées par l'EHPAD ne donnent pas lieu à une facturation, que ce soit les activités organisées par l'animatrice ou les prestataires extérieurs (art thérapie, cours de yoga...)

## 2.10. Le culte

Chaque résident est libre de pratiquer le culte de son choix. L'EHPAD bénéficie du service d'un prêtre catholique de BAUD, qui assure l'office, chaque deuxième vendredi du mois à 11 H 00, dans le lieu de culte de l'établissement, accompagné de bénévoles. La pratique de tout autre culte pourra être facilitée à la demande des résidents concernés.

## 2.11. Le droit à l'image

Dans le cadre des animations, des photographies et/ou vidéos peuvent être réalisées. Elles sont utilisées à des fins non lucratives et peuvent être affichées/ visionnées dans l'établissement. Vous trouverez en annexe le formulaire d'autorisation de droit à l'image à remplir.

### **3. LES SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX**

- 3.1. **Un médecin coordinateur**, est chargé de la bonne exécution du projet de soin en collaboration avec le personnel soignant et les différents intervenants libéraux. Il donne également un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- 3.2. **Une diététicienne** intervient chaque mois afin de contrôler l'équilibre des menus et vérifier leur adaptation à l'état de santé des résidents. Elle rencontre également les résidents afin de répondre à leurs questions éventuelles.
- 3.3. **Une psychologue** est également présente chaque semaine pour rencontrer les résidents mais également leurs familles si besoin. Il est conseillé de prendre rendez-vous.
- 3.4. **Une ergothérapeute** intervient chaque semaine afin de veiller au bon appareillage des résidents qui le nécessitent et apporter des conseils. En cas de besoin, l'établissement peut mettre à disposition fauteuil roulant, matelas spécifique, déambulateur. Ces appareils devront être restitués à la fin du séjour.
- 3.5. **Un dentiste du Centre Hospitalier du Centre Bretagne** intervient afin de prendre en charge les besoins en soins dentaires des résidents qui le souhaitent.
- 3.6. Par ailleurs, l'établissement a signé **des conventions** avec :
  - ▶ Le réseau de soins palliatifs du Centre Bretagne
  - ▶ Le Centre Hospitalier du Centre Bretagne, l'équipe mobile de gériatrie
  - ▶ Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud et notamment le service des consultations mémoire de HENNEBONT
  - ▶ Le Centre Hospitalier Spécialisé de PLOUGUERNEVEL
  - ▶ L'Hospitalisation A Domicile de l'AUB Santé

**RAPPEL : Chaque résident a le libre choix de son médecin traitant, de même que de tout autre intervenant libéral.**

- 3.7. L'EHPAD veille à respecter les **règles d'identitovigilance**. Les informations médicales jugées pertinentes par votre médecin traitant de même que les éléments constituant le dossier de liaison d'urgence sont transmis sur votre Dossier Médical Partagé quand il existe.

### **4. LE DEPOT DE GARANTIE**

Dans le cadre d'un hébergement permanent, un dépôt de garantie est demandé lors de l'entrée dans l'établissement. Ce dépôt de garantie se contractualise lors de la signature du contrat.

- ▶ Le virement ou chèque sera établi à l'ordre de la TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN et égal à la valeur d'un mois de frais d'hébergement (ce montant exclut le tarif dépendance).
- ▶ Le dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.

## 5. LE COUT SU SEJOUR

Le tarif journalier se décompose en trois parties :

- ▶ **La partie hébergement** : pris en charge par le résident.  
Il est fixé par arrêté chaque année par le Conseil Départemental et l'ARS. Il couvre essentiellement les prestations hôtelières. Sur la facture, elle apparaît sous le terme « prix de journée ».
- ▶ **La partie dépendance** : pris en charge par le résident et le Conseil Départemental.  
Il est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental. L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) est versée à l'établissement sous la forme d'une dotation globale correspondante à la dépendance moyenne des résidents hébergés dans la structure.  
Une participation forfaitaire journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie est demandée au résident hébergé. Sur la facture, elle apparaît sous le terme « participation forfait global unique ».
- ▶ **La partie soins** : Il est pris en charge par l'Assurance Maladie. L'établissement ayant opté pour un tarif global, le résident conserve le libre choix de son médecin traitant mais les prestations sont réglées directement par l'établissement.  
Tout appareillage médical, les examens de radiologie et de biologie, les prestations de kinésithérapie sont prises en charge par l'EHPAD.  
Les consultations chez un médecin spécialiste et les médicaments demeurent à la charge de l'assurance personnelle de chacun et des mutuelles.

Les frais de transports sanitaires pour des consultations chez les médecins spécialistes ne sont pas compris dans le forfait soins. Ces frais restent donc à la charge du résident ou de l'assurance personnelle de chacun et des mutuelles.

**Une annexe à ce contrat précise le tarif du séjour en vigueur (hébergement permanent ou temporaire) à la date de sa signature.**

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Les résidents peuvent également bénéficier de l'Allocation Personnalisée au Logement (APL), s'adresser à l'accueil pour les formalités administratives (uniquement dans le cas de l'hébergement permanent).

## 6. LA FACTURATION

Les tarifs sont fixés par arrêté chaque année par le Président du Conseil Départemental et applicable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Les nouveaux tarifs sont portés à connaissance du résident par voie d'affichage dès sa parution.

La facturation est établie mensuellement à terme échu pour l'ensemble des résidents.

La facturation débute le jour de la réservation de la chambre, elle cesse le jour de la libération complète de la chambre par les proches.

### 6.1. Facturation en cas d'absence pour convenances personnelles

Le résident doit prévenir la Direction de l'établissement 48 heures à l'avance.

En cas d'absence pour convenances personnelles, le prix de journée est dû en totalité.

## 6.2. Facturation en cas d'absence pour hospitalisation

Dès le premier jour d'hospitalisation, le montant de la participation forfaitaire journalière aux dépenses d'entretien à l'autonomie (participation forfait global unique) est déduite.

En cas d'hospitalisation de plus de 72 heures, et si le logement est conservé, le prix de journée reste dû, déduction faite du montant du forfait hospitalier en vigueur et ce dès le premier jour d'absence.

Au-delà de 21 jours, il est possible de conserver sa chambre mais sans déduction du forfait hospitalier (sauf dans le cas spécifique des personnes à l'aide sociale n'ayant pas de mutuelle et qui bénéficient d'une exonération de forfait hospitalier quelque soit la durée de séjour). Le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé jusqu'au retour de la personne.

## 7. LES CONDITIONS DE PAIEMENT

Le paiement de la facture se fait, à réception et au plus tard le 25 de chaque mois, par chèque libellé à l'ordre de TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN ou par prélèvement automatique (se renseigner à l'accueil pour sa mise en place).

## 8. LES CONDITIONS DE RESILIATION

### 8.1. Droit de rétractation

Le résident (ou son représentant légal) dispose d'un droit de rétractation dans les 15 jours qui suivent la signature du contrat (ou l'admission si celle-ci est postérieure) sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

### 8.2. Résiliation à l'initiative du résident ou de son représentant légal

Le résident peut résilier son contrat à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve de respecter un préavis de 1 mois.

Les frais de séjour seront facturés dans la limite de ce délai. Le logement doit être libéré à la date prévue pour le départ.

### 8.3. Résiliation à l'initiative de l'établissement

#### 8.3.1. Pour défaut de paiement

Le défaut de paiement constaté 30 jours après la date d'échéance sera notifié au résident ou à son représentant légal et obligés alimentaires, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La régularisation devra intervenir dans les 30 jours suivant la notification.

En cas de non-régularisation dans le délai imparti, le contrat sera résilié de plein droit et le logement devra être libéré dans un délai de 8 jour décompté à l'expiration du délai imparti pour la régularisation.

#### 8.3.2. Pour raison médicale

**En l'absence de caractère d'urgence**, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en

concertation avec les parties concernées, le médecin coordonnateur et le médecin traitant.

La Direction de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement devra être libéré dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification.

**En cas d'urgence**, l'EHPAD prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et / ou son représentant légal sont informés par la Direction dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement doit être libéré dans un délai de 30 jours après la notification.

#### 8.3.3.Pour non-respect du règlement ou incompatibilité avec la vie collective

Le présent contrat peut également être dénoncé en cas de non-respect du règlement de fonctionnement ou d'incompatibilité avec la vie collective.

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre la Direction de l'EHPAD et l'intéressé accompagné de la personne de son choix.

En cas d'échec de cet entretien, la Direction arrêtera sa décision définitive quant à la résiliation du contrat et notifiera par lettre recommandée avec accusé de réception au résident ou à son représentant légal.

### **9. RESPONSABILITES RESPECTIVES ET GENERALITES**

#### 9.1. Assurances

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

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

#### 9.2. Objets de valeurs

Il est déconseillé de conserver dans la chambre des objets de valeurs tels que : bijoux, carnet de chèque, carte bancaire et espèces. L'établissement dispose d'un coffre-fort et en accepte le dépôt.

L'établissement est responsable de tout objet déposé par les résidents.

Les objets gardés par le résident ne sont pas assurés par l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration.

#### 9.3. Interdiction de fumer

Conformément à la réglementation en vigueur, il est interdit de fumer dans l'ensemble de l'établissement. Cette disposition s'applique également dans les chambres des résidents et surtout dans les lits afin de prévenir tout début d'incendie et de mise en danger de la vie d'autrui.

Les dispositions de la loi n°92-614 du 6 juillet 1992 et son décret d'application du 27 mars 1993 sont détaillées dans le règlement de fonctionnement remis au résident à la signature du présent contrat. Vous y retrouverez également la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le résident ou son représentant légal et obligés alimentaires, certifie par la signature de ce présent contrat avoir reçu l'information écrite et orale obligatoire sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'Etablissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens.

La signature du présent contrat remplit l'obligation d'information sur la nécessité de procéder au retrait des objets et biens personnels déposés, à la sortie définitive de l'Etablissement.

Fait à ....., le .....

La Direction  
(signature)

Le (la) résident (e) ou son représentant légal  
(Nom et signature)

*En cas d'établissement d'un DIPC la signature du résident n'est pas requise.  
La signature de la personne de confiance si elle a été désignée peut être sollicitée :*

Mme/Mr ..... (la personne de confiance), atteste avoir pris connaissance du présent DIPC.

Fait à ....., le .....

La personne de confiance (signature)

## Montant des frais de séjour - HÉBERGEMENT PERMANENT

ANNEXE

L'établissement est signataire d'un Contrat d'objectifs et de moyens avec le Conseil Départemental du Morbihan et l'Assurance Maladie.

### ► Tarif hébergement permanent

Il est fixé par arrêté chaque année par le Président du Conseil Départemental et applicable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Il couvre essentiellement les prestations hôtelières.

Ce tarif est porté à connaissance du résident par voie d'affichage dès sa parution.

Pour l'année 2026, l'établissement a opté pour la fixation d'un tarif relatif à l'hébergement dans un cadre contractuel pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale :

**Pour l'année 2026, le montant du tarif hébergement à l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes est de :  
77.69€/ jour**

### ► Participation forfaitaire dépendance (ou participation forfait global unique)

Elle est fixée par arrêté, chaque année, par le Président du Conseil Départemental. En fonction de la dépendance moyenne des résidents (évaluation AGGIR), l'établissement bénéficie d'une dotation globale « dépendance » versée par le Conseil Départemental.

Par conséquent, l'établissement facture au résident la participation forfaitaire dépendance. L'APA est versée à l'EHPAD.

**A partir du 01/01/2026, le montant de la participation forfaitaire dépendance, facturée à la personne accueillie, est de : 6.16€ / jour**

La facturation est établie mensuellement pour l'ensemble des résidents à terme échu.

Le paiement de la facture se fait, à sa réception, par chèque libellé à l'ordre de TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN ou par prélèvement automatique.

## Montant du repas pour les visiteurs

Le prix du repas est fixé chaque année par le Conseil d'Administration de l'EHPAD. La réservation est à effectuer 48h au moins à l'avance auprès de l'accueil exclusivement.

**A ce jour, le montant du tarif du repas pour les extérieurs est de 10€ / personne.**

La facturation sera transmise, à terme échu, par courrier à la personne ayant effectué la réservation.

## Montant des frais de séjour- HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

ANNEXE

L'établissement est signataire d'un Contrat d'objectifs et de moyens avec le Conseil Départemental du Morbihan et l'Assurance Maladie.

### ► Tarif hébergement temporaire

Il est fixé par arrêté chaque année par le Président du Conseil Départemental et applicable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Il couvre essentiellement les prestations hôtelières.

Ce tarif est porté à connaissance du résident par voie d'affichage dès sa parution.

**Pour l'année 2026, le montant du tarif hébergement temporaire à l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes est de : 91,98€/ jour**

### ► Participation forfaitaire dépendance (ou participation forfait global unique)

Elle est fixée par arrêté, chaque année, par le Président du Conseil Départemental. En fonction de la dépendance moyenne des résidents (évaluation AGGIR), l'établissement bénéficie d'une dotation globale « dépendance » versée par le Conseil Départemental.

**A partir du 01/01/2026, le montant de la participation forfaitaire dépendance de l'hébergement temporaire, facturée à la personne accueillie, est de : 6.16€ / jour**

La facturation est établie mensuellement pour l'ensemble des résidents à terme échu.

Le paiement de la facture se fait, à sa réception, par chèque libellé à l'ordre de TRESORERIE HOSPITALIERE OUEST MORBIHAN ou par prélèvement automatique.

**L'hébergement temporaire est un mode d'accueil alternatif à l'hébergement permanent en EHPAD.**  
Il répond aux objectifs suivants :

- Répondre à des situations de « crise » programmées telles que l'isolement, l'absence momentanée des aidants ou pour une période de transition entre une hospitalisation et un retour à domicile
- Favoriser la stimulation des capacités cognitives pour préserver une certaine autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. La durée du séjour conditionnera l'élaboration ou pas d'un projet de vie et de soins individualisé.
- Permettre aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile.
- Participer au soutien des familles en favorisant les échanges

**L'hébergement temporaire ne doit en aucune façon être envisagé comme une solution d'attente avant placement définitif en structure. Ainsi il ne sera pas accordé de priorité d'attribution d'une place d'hébergement permanent pour toute personne admise en hébergement temporaire.**

## Montant du repas pour les visiteurs

Le prix du repas est fixé chaque année par le Conseil d'Administration de l'EHPAD. La réservation est à effectuer 48h au moins à l'avance auprès de l'accueil exclusivement.

**A ce jour, le montant du tarif du repas pour les extérieurs est de 10€ / personne.**

La facturation sera transmise, à terme échu, par courrier à la personne ayant effectué la réservation.

## LISTE INDICATIVE DU TROUSSEAU

**ANNEXE**

<b>Pour les femmes</b>	<b>Pour les hommes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 5 soutiens- gorge</li> <li><input type="checkbox"/> 6 slips</li> <li><input type="checkbox"/> 6 paires de chaussettes/collants</li> <li><input type="checkbox"/> 12 mouchoirs</li> <li><input type="checkbox"/> 5 chemises de nuit</li> <li><input type="checkbox"/> 1 robe de chambre</li> <li><input type="checkbox"/> 5 pantalons/ jupes</li> <li><input type="checkbox"/> 5 robes</li> <li><input type="checkbox"/> 3 gilets en acrylique</li> <li><input type="checkbox"/> Polos d'été</li> <li><input type="checkbox"/> Polos d'hiver</li> <li><input type="checkbox"/> Pulls en acrylique ou coton</li> <li><input type="checkbox"/> 1 veste ou 1 manteau</li> <li><input type="checkbox"/> 1 châle ou veste d'intérieure</li> <li><input type="checkbox"/> 2 paires de chaussons</li> <li><input type="checkbox"/> 1 paire de chaussures de sortie</li> <li><input type="checkbox"/> 1 sac de voyage+ 1 trousse de toilette (en cas d'hospitalisation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 6 chemises de corps en coton</li> <li><input type="checkbox"/> 6 slips</li> <li><input type="checkbox"/> 6 paires de chaussettes</li> <li><input type="checkbox"/> 12 mouchoirs</li> <li><input type="checkbox"/> 5 pyjamas</li> <li><input type="checkbox"/> 1 robe de chambre</li> <li><input type="checkbox"/> 5 pantalons</li> <li><input type="checkbox"/> 3 gilets en acrylique</li> <li><input type="checkbox"/> Polos d'été</li> <li><input type="checkbox"/> Polos d'hiver</li> <li><input type="checkbox"/> Pulls en acrylique ou coton</li> <li><input type="checkbox"/> 1 veste ou 1 manteau</li> <li><input type="checkbox"/> 1 veste d'intérieure</li> <li><input type="checkbox"/> 2 paires de chaussons</li> <li><input type="checkbox"/> 1 paire de chaussures de sortie</li> <li><input type="checkbox"/> 1 sac de voyage+ 1 trousse de toilette (en cas d'hospitalisation)</li> </ul>
<b>LA TROUSSE DE TOILETTE :</b>	<b>LA TROUSSE DE TOILETTE :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> savon et/ou gel douche</li> <li><input type="checkbox"/> eau de Cologne</li> <li><input type="checkbox"/> peigne</li> <li><input type="checkbox"/> brosse à cheveux</li> <li><input type="checkbox"/> shampoing</li> <li><input type="checkbox"/> brosse à dents</li> <li><input type="checkbox"/> dentifrice</li> <li><input type="checkbox"/> Stéradent</li> <li><input type="checkbox"/> mouchoirs en papier</li> <li><input type="checkbox"/> coupe ongles</li> <li><input type="checkbox"/> pince à épiler</li> <li><input type="checkbox"/> cotons tiges</li> <li><input type="checkbox"/> mouchoirs jetables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Savon et/ou gel douche</li> <li><input type="checkbox"/> eau de Cologne</li> <li><input type="checkbox"/> peigne</li> <li><input type="checkbox"/> brosse à cheveux</li> <li><input type="checkbox"/> shampoing</li> <li><input type="checkbox"/> brosse à dents</li> <li><input type="checkbox"/> dentifrice</li> <li><input type="checkbox"/> Stéradent</li> <li><input type="checkbox"/> mousse à raser</li> <li><input type="checkbox"/> rasoirs jetables</li> <li><input type="checkbox"/> rasoir électrique</li> <li><input type="checkbox"/> mouchoirs en papier</li> <li><input type="checkbox"/> coupe ongles</li> <li><input type="checkbox"/> cotons tiges</li> <li><input type="checkbox"/> mouchoirs jetables</li> </ul>

Chaque vêtement sera identifié avec une étiquette collée au nom et prénom du résident(e). Il est recommandé de ne pas apporter de vêtements pure laine ou de type Thermolactyl qui ne peuvent être entretenus en machine de collectivité.

## QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

La notion de « **personne de confiance** » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé Publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

La désignation d'une **personne de confiance** est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves.

La **personne de confiance** peut assurer les missions suivantes :

- ✓ Vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux
- ✓ Vous aider à prendre des décisions concernant votre santé et participer au recueil de votre consentement (par exemple, lors d'une campagne de vaccination).
- ✓ Être consultée par les médecins pour rendre compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être vous-même consulté.

Dans le cas où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin ou l'équipe médicale consulte en priorité la **personne de confiance** dont l'avis les guide pour prendre leurs décisions.

La personne de confiance doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire.

*Il est alors souhaitable que votre médecin traitant ait en sa possession les coordonnées de votre personne de confiance.*

La désignation de la **personne de confiance** se fait par écrit, lors de votre entrée à l'EHPAD, sur le formulaire qui vous sera donné à cet effet ou sur papier libre.

La désignation de la personne de confiance peut être annulée ou modifiée à tout moment.

### ► À noter

- ✓ La personne désignée comme personne de confiance peut également être celle qui est désignée comme *personne à prévenir* en cas de nécessité.
- ✓ Les *directives anticipées*, si elles ont été rédigées, peuvent également être confiées à la personne de confiance.

## FICHE D'ADMISSION

Date de réservation : ..... Date d'entrée : .....

Chambre n°: .....

**NOM :** ..... **Née :** ..... **Prénom :** .....

Date et lieu de naissance : .....

Dernière profession : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

► **Pièce d'identité :** Type : ..... Numéro : .....  
Expire le : .....

Marié(e)  Union libre  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Nom, prénom du conjoint : .....

Nombre d'enfants : ..... Vivant : ..... Décédé : .....

► **Existe-t-il une mesure de protection :**  Oui  Non

**Si oui, laquelle (Joindre la copie du jugement) :**

Habilitation familiale  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  Sauvegarde de justice

**Exercée par :**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

► **Caisse de Sécurité sociale :** ..... (**Joindre l'attestation annuelle**)

N° immatriculation : .....

Prise en charge ALD :  Oui (**Date de validité :** ..... )  Non

► **Mutuelle Complémentaire :**  Oui (**Joindre la carte d'assuré**)  Non

Nom et adresse de la Mutuelle : .....

Prise en charge du forfait hospitalier :  Oui  Non

► **Carte invalidité :**  Oui  Non

► **En cas d'urgence :** Nom, prénom, lien de parenté de la personne à contacter :  
.....

► **Location de matériel médical** à domicile : nom et n° de téléphone de la société de location :  
.....

► **Bénéficiaire de l'APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie) :  Oui  Non

► **Aide au logement** :  Oui, N° allocataire : ..... Organisme : .....  Non

► **Règlement des frais de séjour par prélèvement automatique** :  Oui (fournir un RIB)  Non

► **La note mensuelle** sera adresser à : .....

► **Le courrier postal** reçu à l'EHPAD sera :  remis au résident

déposé dans la chambre pour la famille

mis à disposition à l'accueil pour la famille

► Organisme d'assurance Responsabilité civile : .....

Numéro de contrat : .....

Date de fin de validité : .....

► En cas de décès :

Service de Pompes funèbres choisi : .....

Existence d'un contrat obsèques :  Oui  Non

Si oui : nom de l'organisme : ..... N° de contrat : .....

Existence d'une tenue particulière choisie :  Non  Oui (où la trouver : .....) )

Notaire choisi : .....

Personnes à prévenir : 1..... 2.....

### IDENTITÉ DES PROCHES

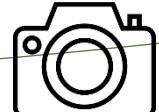
Nom, Prénom Lien de parenté	Coordonnées	Email	Prévenir de :
	 	<input type="checkbox"/> Accepte d'être contacté(e) par mail <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Souhaite l'accès Silverdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> NUIT
	 	<input type="checkbox"/> Accepte d'être contacté(e) par mail <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Souhaite l'accès Silverdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> NUIT
	 	<input type="checkbox"/> Accepte d'être contacté(e) par mail <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Souhaite l'accès Silverdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> NUIT

### INTERVENANTS

Qualité	Nom	Adresse
Médecin		
Kiné		
Pédicure		
Taxi		
Coiffeur		
Lieu hospitalisation		

Fait à ....., le .....

Signature :



## AUTORISATION DE DROIT D'EXPLOITATION A L'IMAGE

Je soussigné(e), .....résident(e) de  
l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes

ou

**Nom et prénom du représentant du résident ne pouvant signer l'autorisation :**

.....

*Lien de parenté :* .....

*Représentant le (la) résident (e) :* .....

Autorise l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes (dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement) à prendre, utiliser et diffuser, à titre gratuit et non exclusif, des photographies, enregistrements de sons ou vidéos représentant le (la) résident(e) susmentionné (e) ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité pour les usages suivants :

- Information du dossier médical informatisé et identitovigilance (FORTEMENT RECOMMANDÉ afin de sécuriser la prise en charge médicale)**
- Exposition de photographies au sein de l'établissement
- Publications de l'établissement : Les images et vidéos pourront être incluses dans des montages photographiques et/ou vidéo dont la destination est à usage privé, au sein même de l'EHPAD
- Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale et aux partenaires
- Publication sur le site internet de l'EHPAD et sur la plateforme d'échange famille/EHPAD **Silverdo**.

- N'autorise pas l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes à utiliser l'image du (de la) résident(e) susnommé(e).

*Cette autorisation concerne la durée de l'hébergement et peut être modifiée tout au long du séjour en s'adressant au bureau administratif.*

*Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus.*

*Je note cependant que je conserve le droit d'accès et de rectification de ces images et/ou vidéos à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en demandant l'arrêt de la diffusion/publication auprès de l'EHPAD, par courrier à l'adresse suivante : EHPAD Le clos des grands chênes, route de pont augan- 56150 BAUD.*

Fait à ..... , le .....

Signature :

## AUTORISATION DE CREATION DU COMPTE SILVERDO -RESIDENT-

Je soussigné(e), .....

ou

**Nom et prénom du représentant du résident ne pouvant signer l'autorisation :**

.....

**Lien de parenté :** .....

**Représentant le (la) résident (e) :** .....

Autorise l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes à créer un compte résident sur la plateforme SILVERDO. Plateforme de communication dédiée aux familles afin de vous faire partager plus facilement les actualités de l'EHPAD, des photos des animations, les plannings d'activités, les menus, ... Une des fonctionnalités de la plateforme permet également aux résidents de recevoir des messages et photos imprimés sous forme de cartes postales de la part de leurs proches.

Afin de vous donner accès à ce service gratuit, nous devons partager certaines données personnelles :

► Votre Nom/Prénom/Date de naissance/ Numéro de chambre  
qui serviront uniquement au bon fonctionnement de ce service, sans usage marketing comme indiqué dans les [conditions de confidentialité : https://silverdo.fr/privacy.html](https://silverdo.fr/privacy.html)

N'autorise pas l'EHPAD Le Clos des Grands Chênes à créer un compte résident sur la plateforme SILVERDO.

***Si vous vous opposez à ce partage de données, vous ne pourrez pas accéder à ce service.***

*Cette autorisation concerne la durée de l'hébergement et peut être modifiée tout au long du séjour en s'adressant au bureau administratif.*

Fait à ....., le .....

Signature :

## DÉSIGNATION D'UN RÉFÉRENT FAMILIAL

*Je soussigné (e), résident (e)*

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : .....

*Désigne Mr, Mme,*

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

.....

*Pour m'assister en cas de besoin en qualité de référent familial.*

Lien avec la personne hébergée : .....

Fait à : ....., le : .....

Signature :



## CONSENTEMENT RELATIF A LA COLLECTE, LA CONSERVATION ET LE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Cette annexe est rédigée en conformité avec le décret n°2025-1395 du 29 décembre 2025 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et le Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

### Annexe au contrat de séjour de :

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : .....

Représentant légal (*le cas échéant*) : .....

### 1. INFORMATION PREAMBLE

L'établissement informe la personne accueillie ou son représentant légal que :

- ▶ Des données personnelles sont nécessaires pour organiser l'accompagnement, l'hébergement, la sécurité et, si besoin, les soins
- ▶ Seules les données utiles sont collectées (identité, documents administratifs, habitude de vie, besoins d'aide, informations de santé lorsque nécessaires, etc.)
- ▶ Les données sont enregistrées dans un système informatique sécurisé, utilisé uniquement par les professionnels autorisés
- ▶ Certaines informations peuvent être transmises à des partenaires (ex. professionnels de santé, autorités), lorsque la loi le prévoit ou que cela est nécessaire
- ▶ La personne dispose des droits prévus par la réglementation : accès, correction, limitation, opposition, retrait du consentement, réclamation CNIL, par simple demande auprès du délégué à la protection des données de l'établissement.

### 2. EXPRESSION DU CHOIX

J'autorise les autorités et l'établissement à collecter, conserver et traiter mes données personnelles dans le cadre de mon hébergement et mon accompagnement, dans le respect des textes applicables.

Je refuse la collecte, la conservation et le traitement de mes données personnelles par les autorités et l'établissement, au-delà de ce qui est nécessaire pour répondre à ses obligations légales, de sécurité ou de soin.

### 3. REVOCABILITE

Je suis informé(e) que mon accord ou refus peut être modifié à tout moment, par simple demande orale ou écrite, qui sera tracée dans mon dossier.

Fait à : ....., le : .....

Signature de la personne accueillie ou de son représentant légal :



## CONSENTEMENT RELATIF AU CONTROLE DE L'ESPACE PRIVATIF

Cette annexe est rédigée en conformité avec le décret n°2025-1395 du 29 décembre 2025 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et l'article L. 313-13-1 de ce même Code.

### Annexe au contrat de séjour de :

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : .....

Représentant légal (*le cas échéant*) : .....

### 1. INFORMATION PREALABLE

L'établissement informe la personne accueillie ou son représentant légal que :

- ▶ Sa chambre (et les espaces privatifs qui y sont rattachés) constitue un espace privatif relevant de sa vie privée
- ▶ L'accès à cet espace à des fins de contrôle (sécurité, hygiène, inspection, audit, contrôle administratif) ne peut intervenir qu'avec son accord préalable, sauf situation d'urgence ou de danger immédiat.

Les actes d'accompagnement quotidien, de soins ou les interventions réalisées à la demande ou avec la présence de la personne ne constituent pas des contrôles.

### 2. EXPRESSION DU CHOIX

- J'autorise les autorités et l'établissement à accéder à mon espace privatif à des fins de contrôle, dans le respect de mon information préalable.
- Je refuse que les autorités et l'établissement accèdent à mon espace privatif à des fins de contrôle hors situation d'urgence ou de danger immédiat.

### 3. REVOCABILITE

Je suis informé(e) que mon accord ou refus peut être modifié à tout moment, par simple demande orale ou écrite, qui sera tracée dans mon dossier.

Fait à : ....., le : .....

Signature de la personne accueillie ou de son représentant légal :



## RECUEIL ANTICIPÉ DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE BILAN en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES)

ETIQUETTE DU RESIDENT SOURCE :

*Je soussigné (e),*

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

*Ou*

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

- de :*
- Son représentant légal (tuteur/curateur)
  - Sa personne de confiance
  - Son référent familial

→ Autorise le prélèvement sanguin pour la réalisation des sérologies VIH, VHC et VHB en cas d'accident d'exposition au sang du personnel de l'établissement.

→ Autorise la transmission en urgence des résultats sérologiques à la victime.

Fait à ..... le .....

Signature :

*Contexte réglementaire :*

- **Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n°2008-91 du 13 mars 2008** relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : « Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source ». [...] Si celui-ci n'est pas connu, il faut demander en urgence une sérologie VIH à la personne source avec son accord (sauf dans les cas où le consentement ne peut être exprimé). »
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, celui-ci pouvant être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention/investigation ne peut être réalisée sans que la personne de confiance désignée par le patient ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, n'ait été prévenue (sauf urgence ou impossibilité). »

## FICHE DE VIE SOCIALE

(à compléter si une visite à domicile n'a pas été effectuée)

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Date d'entrée prévue dans l'établissement : .....

Date de recueil des informations : .....

### VIE SOCIALE

**Données concernant votre histoire de vie :**

Profession(s) exercée(s), situation familiale, enfants, petits-enfants, lieux de résidence précédents, fratrie, croyance, pratique religieuse, évènements marquants, voyages, etc...

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

**Connaissez-vous ou non d'autres résidents ou soignants au sein de l'EHPAD ?**

.....  
.....

**Connaissez-vous les locaux de l'EHPAD, souhaitez-vous une visite ?**

.....  
.....

**Quels sont vos plaisirs, centre d'intérêts, coutumes (amateur de télévision, de lecture, de sport, de jardinage, pratique d'un culte...)**

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

**Quelles sont vos visites habituelles à domicile ? Quelles sont vos sorties habituelles ?**

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

**Avez-vous des aides à domicile ? Si oui, lesquelles ?**

.....

Avez-vous des animaux de compagnie ?

Comment envisagez-vous la personnalisation de votre chambre (photos, bibelots, plantes, petits meubles...)

### VOLET AUTONOMIE ET HABITUDES DE VIE

Mobilité : utilisez-vous du matériel d'aide au déplacement ? Si oui lesquels sont en location ?

.....  
.....

Mobilité : quel matériel personnel apporterez-vous à l'EHPAD (canne, déambulateur...) ?

.....  
.....

Mobilité : Quel matériel faut-il prévoir de mettre en place à votre entrée à l'EHPAD ?

.....  
.....

Habitudes de vie :

Heure de levé : .....

Habitudes du petit déjeuner (avant ou après la toilette, sa composition, la texture, besoin d'une aide pour le prendre ?) : **Information : Le service du petit déjeuner à l'EHPAD débute à 8h15**

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

Hygiène : quelles sont vos habitudes et besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ?

.....  
.....

Hygiène : à quel moment de la journée effectuez -vous votre toilette ? .....

.....

Portez-vous des prothèses auditives ou dentaires ? .....

**Hygiène (élimination)** : utilisez-vous des protections, quelles sont vos habitudes d'utilisation, avez-vous besoin d'aide dans la gestion de vos protections ?

**Information :** *Les équipes de soins de l'EHPAD sont composées de soignants masculins et féminins.*

.....  
.....

**Les repas** : avez-vous besoin d'une texture particulière (hachée, mixée) ou avez-vous un régime alimentaire particulier (sans sucre, sans sel, sans lait...)

**Information :** *Le repas du midi est servi en salle à 12h15, le repas du soir est servi en salle à 18h15.*

.....  
.....

**Le sommeil** : faites-vous des siestes ? .....

**Le sommeil** : à quelle heure vous couchez-vous ? Quelles sont vos habitudes et rituels du couché ? Avez-vous besoin d'aide pour le couché ?

**Information :** *Une équipe est présente à l'EHPAD sur toute la durée de la nuit*

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

**Les contentions** : avez-vous besoin de contention le jour, la nuit (ceinture de maintien, barrière de lit...) ?

.....

**Information :** *Si votre médecin traitant ne se déplace pas jusqu'à l'EHPAD, il faudra désigner un nouveau médecin. Pour cela, vous pouvez contacter les cabinets médicaux de BAUD afin de choisir votre nouveau médecin traitant.*