

RESIDENCE DU PLOREAU



2, Rue Emilie Launay
44240 La Chapelle-Sur-Erdre

Pour plus d'informations, contactez
le secrétariat de la résidence
entre 9h et 12h et 14h et 17h au :

02 40 72 00 10

Courriel : secretariatploreau@wanadoo.fr

Site : www.residenceuploreau.fr

Blog : residenceploreau.over-blog.com



*Un Projet d'Etablissement qui
s'appuie sur des valeurs humaines
profondes :*

*respect, écoute, attention,
bienveillance.*



*Un environnement agréable...
Une maison animée...*

et ouverte vers l'extérieur...



La Résidence du Ploreau, c'est...

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), qui accueille :

- 94 résidents en hébergement Permanent dont 11 au sein des « Valérianes », Unité Alzheimer ou troubles apparentés,
- 3 personnes en hébergement Temporaire aux Valérianes (séjours de 15 jours à 3 mois),
- Des personnes venant en Accueil de Jour en semaine.

...et c'est aussi...

Une crèche dans le parc de la résidence « Les Petits Pas du Ploreau » (ouverte en avril 2010) qui valorise et favorise les rencontres entre générations où petits et grands sont acteurs et bénéficiaires.



Une journée à la Résidence c'est...

- Petit déjeuner** servi en chambre entre 8h et 9h.
- Aide à la toilette** selon les besoins, passage de l'infirmière selon les soins nécessaires.
- Choix de rester en chambre**, de participer aux activités proposées, de sortir, de recevoir...
- Déjeuner** servi à 12h en salle de restauration par petites tables, service à l'assiette (régimes assurés, aide si nécessaire).



L'après midi : sieste, activités variées proposées (cf page suivante), médecin, kiné, pédicure, coiffeuse... et une petite collation... Messe le vendredi.



Dîner servi à 18h30 (salle de restauration)
L'aide et la surveillance de nuit sont assurées par une aide soignante.

Les chambres : individuelles, petit balcon double, personnalisation encouragée, salle de bain, système d'appel.



Les « Valérianes » - Unité Alzheimer :
Accueil, accompagnement adapté, soutien des personnes souffrant de troubles du comportement et de l'humeur liés à la maladie d'Alzheimer. Répît pour les aidants.



Nombreuses activités (présence d'un animateur le samedi) : discussions, lecture, jeux société, pâtisserie, visites extérieures, activités inter générationnelles, sorties inter résidences, sortie au marché, thé dansant...





2, Rue Emilie Launay
44240 La Chapelle Sur Erdre
☎ 02 40 72 00 10 - Fax 02 40 72 84 70
SIRET N° 788 335 446 00027

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La **Résidence du Ploreau** est une maison de retraite médicalisée (E.H.P.A.D.) qui accueille 97 résidents en hébergement permanent. Elle est située au centre de la commune de la Chapelle-sur-Erdre, dans un cadre de verdure et à proximité des commerces. Une crèche « Les Petits Pas du Ploreau », implantée dans le parc de la résidence, permet de favoriser les échanges, les rencontres entre les générations (activités communes). Nous pouvons aussi vous proposer un **Accueil de Jour**, où de 9h30 à 17h00, vous bénéficierez des avantages réservés aux résidents : animations, repas, accompagnement...

L'**Unité de Vie « Les Valérianes »** accueille des personnes âgées autonomes physiquement et souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré dont les troubles du comportement et de l'humeur requièrent une prise en soin spécifique dans un environnement adapté. Cette unité propose 12 places pour des hébergements permanents, **des places en hébergement temporaire** (de 15 jours à 3 mois) afin de soutenir ponctuellement l'aidant principal et **des places en Accueil de Jour**. Les entrées en hébergement permanent sont validées par une Commission d'admission où des demandes internes à la maison de retraite peuvent être aussi présentées.

Pour toute demande d'inscription (Résidence, Valérianes, Accueils de jour), vous trouverez ci-joint un dossier administratif à renseigner et à compléter des pièces demandées, ainsi qu'un dossier médical à faire remplir par le médecin traitant exclusivement, le tout à nous retourner.

Nous précisons que nous ne sommes pas en mesure de pouvoir donner suite aux demandes urgentes (demande d'entrer dans les 6 mois).

Pour les demandes moins urgentes, l'adjointe de direction Mme Isabelle BEILVERT-MENARD, vous contactera par téléphone pour échanger sur la demande et enregistrera l'inscription.

Le dossier d'inscription est conservé par nos soins pendant six mois. Si vous souhaitez actualiser votre demande initiale, il vous faudra alors nous faire parvenir un nouveau dossier médical tous les six mois.

La Résidence est ouverte en priorité aux habitants de la commune et aux anciens combattants (ainsi qu'à leur conjoint).

Seule la Commission d'Admission de la Résidence valide les entrées en fonction de plusieurs critères (critères prioritaires mais aussi par rapport aux moyens en personnels soignants donnés par l'Etat et la charge de travail du moment). Un rendez-vous sur site (+ visite) aura systématiquement lieu avant la Commission d'admission pour les personnes concernées (dossiers présentés à la commission).

Les prix pour l'année 2018 sont fixés à :

- Pour une **chambre individuelle, 67,82 € par jour** soit 2 034,60 € pour 30 jours : 62 € d'hébergement (montant validé par le Conseil d'administration de l'association) + 5,82 € de talon modérateur (tarif 2018 validé par l'arrêté du conseil Départemental). Ce tarif est le même pour tous les résidents (l'A.P.A. étant versée directement à l'établissement par le Conseil départemental).

- Pour la formule « **Accueil de Jour** » (Résidence/Unité « Les Valérianes ») : **30 € par jour**.

- Pour la formule **Hébergement Temporaire** aux « Valérianes » : **70,82 € par jour** (65 € + 5.82 € de Talon modérateur).

De plus, il vous sera demandé une caution correspondant à 30 jours du prix de journée, pour une chambre individuelle ou pour un séjour temporaire de plus de 2 mois.

Restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Je vous prie d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christophe Roquebert : Directeur
et Isabelle Beilvert-Ménard : Adjointe de Direction



2, Rue Emilie Launay
44240 La Chapelle-sur-Erdre
☎ 02 40 72 00 10 - Fax 02 40 72 84 70
SIRET N° 788 335 446 00027 - CODE APE 8710 A

ENGAGEMENT RELATIF AU RENOUELEMENT DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e) _____

ou _____

(représentant légal, fille/fils, autre : _____),
certifie avoir été informé(e) lors de l'entretien de la présente inscription, de la
nécessité de renouveler (par courrier, fax) cette demande, auprès de l'adjointe de
direction en :

- actualisant le dossier médical et Grille AGGIR tous les 6 mois,
- informant de tout changement de situation relatif à cette demande.

Passé ce délai, l'établissement s'autorisera à annuler cette présente inscription.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la Mention « Lu et Approuvé »)

Prestations d'Hébergement

① Le logement

Le logement est attribué en bon état après constat sous forme d'état des lieux. Il est équipé de :

- un système de sécurité aux normes,
- deux appels malades,
- deux prises électriques, une de téléphone et une de téléviseur,
- un cabinet de toilette équipé d'un W.C., d'un lavabo, d'une tablette, d'une glace, d'une douche, d'un porte serviettes

L'établissement assure le ménage des chambres et des annexes. En effet, l'entretien quotidien (sanitaires, balayage) est effectué par l'établissement (sauf les dimanches et jours fériés) ou par le résident valide, s'il le souhaite. Dans la mesure du possible, le résident se chargera de la réfection de son lit.

② Mobilier

Chaque résident peut apporter son propre mobilier sous réserve des dispositions du règlement intérieur. Cet apport ne sera pas déductible des tarifs. Au minimum, pour une personne ne possédant pas de mobilier, la chambre comprend :

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 lit | <input checked="" type="checkbox"/> 1 fauteuil | <input checked="" type="checkbox"/> 1 chaise |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 armoire de rangement | <input checked="" type="checkbox"/> 1 table de chevet | <input checked="" type="checkbox"/> 1 table |

L'établissement fournira par ailleurs :

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> linge de toilette | <input checked="" type="checkbox"/> luminaires, ampoules |
| <input checked="" type="checkbox"/> papier toilette | <input checked="" type="checkbox"/> produits d'entretien |
| <input checked="" type="checkbox"/> couvertures, dessus de lit, oreillers, traversins, voilages, draps | |

③ Les parties communes

Les parties communes sont accessibles, tenues propres et conformes aux normes d'hygiène et de sécurité. Il s'agit :

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> des espaces d'animation | <input checked="" type="checkbox"/> des locaux d'administration et d'accueil |
| <input checked="" type="checkbox"/> des locaux de rangement | <input checked="" type="checkbox"/> des locaux de restauration : cuisine, salles à manger |
| <input checked="" type="checkbox"/> un atelier pour l'entretien | <input checked="" type="checkbox"/> la blanchisserie |

④ L'administration générale

Les horaires d'ouverture du secrétariat sont affichés. L'absence d'un résident, une invitation à déjeuner, les rendez-vous coiffeuse, pédicure... nécessite obligatoirement l'information du secrétaire à l'exclusion des autres membres du personnel. Aussi, l'établissement peut informer les familles en continu par voie d'affichage.

⑤ Gestion des affaires personnelles des résidents

Interdiction est faite aux salariés et aux administrateurs de gérer les biens et les ressources des résidents.

● Distribution du courrier

La distribution du courrier est assurée par l'établissement au moment du déjeuner (vers 12h15).

● Restauration

Petit-déjeuner, déjeuner, collation de l'après-midi et dîner. Les menus sont équilibrés et comprennent une entrée ou un potage, un plat de résistance, un fromage et un dessert. Aussi, l'eau, le quart de vin de table, le café, thé ou tisane sont fournis. Le petit-déjeuner comprend une boisson chaude, du pain, du beurre et de la confiture il est servi en chambre. L'ensemble des repas est préparé sous la responsabilité de l'établissement. Ils sont servis dans la salle de restauration. Couverts, vaisselles, nappes, serviettes de table en tissu sont fournis et tenus propres. Les personnes affectées au service de restauration ont une tenue de service différente. La durée minimale des repas en salle est de $\frac{3}{4}$ d'heure, pour le déjeuner ou le dîner. Le service débute à 8 heures pour le petit déjeuner, à 12 heures pour le déjeuner, à 18 heures 30 pour le dîner.

● Trousseau, Linge personnel

L'établissement se charge du lavage et du repassage du linge, assurés dans la semaine de ramassage. Aussi, tout le trousseau doit obligatoirement être marqué au nom, prénom du résident et comporter un sac de voyage (servant en cas d'une préparation à l'hospitalisation).

● Mobilier de prédilection

Sachant que la chambre est meublée d'un lit, d'un chevet, d'une armoire, d'un fauteuil et d'une chaise, souhaitez-vous amener d'autres meubles au Ploreau ? Oui Non

Si oui, quels meubles voulez-vous apporter compte tenu de la liste ci-dessus.....
.....

● Ressources

Vos ressources vous permettent-elles d'assurer votre pension ? Oui Non

Assurez-vous vous même le paiement de vos factures ? Oui Non

Si vous répondez non, veuillez indiquer ci-dessous les noms et adresses des personnes habilitées à effectuer vos opérations financières et autres :

Mr Mme Mlle
demeurant

Mr Mme Mlle
demeurant

Fait à.....

Le.....

Signature (précédée de la mention "Lu et Approuvé")



Ministère des affaires sociales et de la santé

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

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

NOM :

PRENOM :

DATE DE DEPOT : __/__/__

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- **UNE PHOTO RECENTE**
- **PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE**
- **PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE**
- **PHOTOCOPIE DE LA CARTE MUTUELLE**
- **ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE**
- **PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION**
- **ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE (POUR CEUX QUI SOUHAITENT L'ACCUEIL DE JOUR ET TEMPORAIRE)**
- **PHOTOCOPIE DE LA CARTE ONAC (POUR LES ANCIENS COMBATTANTS)**

DEMANDE :

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

TYPE D'HEBERGEMENT/ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE :

HEBERGEMENT PERMANENT

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

ACCUEIL DE JOUR

ACCUEIL COUPLE SOUHAITE

OUI NON

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : __/__/__

DUREE SOUHAITEE DU SEJOUR POUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE: _____

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Lieu de Nais.

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard
Code postal Commune/Ville

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

Adresse email _____ @ _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s)

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

2. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

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

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard
Code postal Commune/Ville

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

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe

__ - __ - __ - __ - __

Téléphone portable

__ - __ - __ - __ - __

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

--

3. PROTECTION JURIDIQUE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (TUTEUR DESIGNÉ)

Civilité :

Monsieur

Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe

__ - __ - __ - __ - __

Téléphone portable

__ - __ - __ - __ - __

Adresse email

4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile

Chez enfant/Proche

Logement foyer

EHPAD

Hôpital SSIAD / SAD¹

Accueil de jour

Autre (préciser)

--

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

--

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

OUI

NON

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

OUI

NON

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

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom
Prénom

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Commune/Ville

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

Adresse email

6. ASPECTS FINANCIERS

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

Caisse de retraite

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours

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

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

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

COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

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

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

DOSSIER MEDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

(2 PAGES)

PERSONNE CONCERNEE

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,

rue, boulevard

Code

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS – JOINDRE LES ORDONNANCES

Taille

Poids

Maigrissement récent

Oui Non

CONDUITES A RISQUE

Alcool

Tabac

Sevrage

Oui Non

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui Non

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (  préciser)

Oui Non

RISQUE DE CHUTE

Oui Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui Non

SOINS PALLIATIFS

Oui Non

ALLERGIES	Oui	Non	si oui, préciser
PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	Oui	Non	si oui, préciser
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement		

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A ²	B ³	C ⁴
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
Comportement				
Autres :				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

SOINS TECHNIQUE	Oui	Non
Oxygénothérapie		
continue		
Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation :
Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (à préciser : pression négative, ...) :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)	
MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant) Nom – prénom adresse N° de téléphone	SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN

² A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

³ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

⁴ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement



Personnes âgées et/ou aidants...

Solitude ? Isolement ?
Maladie évolutive ?
Epuisement ?
Besoin de répit ?



La Résidence du Ploreau vous propose
dans un cadre convivial et sécurisé ...

L'Accueil de jour

du lundi au vendredi de 9h30 à 17h00



Tarif journalier repas inclus,
(possibilité de transport pour les habitants de La Chapelle-/Erdre)

Discussions, jeux de société, travaux
manuels, atelier mémoire, mouvements et détente,
chant, loto, projections, spectacles, rencontres avec les
enfants de la crèche située dans le parc de la résidence...,

2, Rue Emilie Launay - 44240 La Chapelle-Sur-Erdre

☎ 02 40 72 00 10 - 📠 02 40 72 84 70

secretariatploreau@wanadoo.fr www.residenceduploreau.fr



