



*Un environnement agréable...  
Une maison animée...  
et ouverte vers l'extérieur...*



*Un Projet d'Etablissement qui  
s'appuie sur des valeurs humaines  
profondes :  
respect, écoute, attention,  
bienveillance.*



# 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**

secretariat@residenceploreau.com

Site : [www.residenceploreau.fr](http://www.residenceploreau.fr)

Blog : [residenceploreau.over-blog.com](http://residenceploreau.over-blog.com)

**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. Répit 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'adjoite 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 2022 sont fixés à :

- Pour une **chambre individuelle, 72,68 € par jour** soit 2 180,40 € pour 30 jours : 67 € d'hébergement (montant validé par le Conseil d'administration de l'association) + 5,68 € de talon modérateur (tarif 2022 validé par 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 ») : **31,50 € par jour**.
- Pour la formule **Hébergement Temporaire** aux « Valérianes » : **73,83 € par jour** (68.15 € + 5.68 € 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 : Adjoite de Direction

## 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")



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

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

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de dépôt :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

<b>Hébergement permanent</b>	<b>Hébergement temporaire</b>
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

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

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

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

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

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

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

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- Photocopie Carte ONAC (pour les anciens combattants, ou veuve ONAC)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale avec son 100% (ALD) et/ou la CMU
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ACTP
  
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

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

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

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



**DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

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

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance  Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

**Situation familiale** (cocher la mention utile)

Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

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

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

**Adresse**

N° voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/ville

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

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

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

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

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

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)<sup>4</sup> ? OUI  NON

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

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

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

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune/ville \_\_\_\_\_

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

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

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune/ville \_\_\_\_\_

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

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

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

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

**Civilité** : Monsieur  Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

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

Si OUI :

Nom

Prénom


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

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

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

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

**6. ASPECTS FINANCIERS** (cocher la mention utile)

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

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

**AUTRES COMMENTAIRES**

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature de la personne concernée ou de son représentant légal**

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



# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur  Madame

Demande urgente OUI  NON

Nom d'usage  
Nom de naissance  
Prénom(s)


Date de naissance

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

## Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

## Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

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

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

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

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

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

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

Commune/ville

--

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

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

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

## Coordonnées du médecin spécialiste :

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**

**Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

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

Taille

Poids

Amaigrissement récent<sup>2</sup>  Oui  Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

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

Risque de chute  Oui  Non

Risque de fausse route  Oui  Non

Soins palliatifs  Oui  Non

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

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

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

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

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**





Personnes âgées et/ou aidants...

Solitude ? Isolement ?  
Maladie évolutive ?  
Épuisement ?  
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

🌐 [www.residenceduploreau.fr](http://www.residenceduploreau.fr)



