



NOM :

PRENOM :

CH :

Né(e) le :

Entrée le :

Sortie le :

GIR :

AMAD :

Kiné :

IDE :

Médecin traitant :

Suivi assuré par le médecin traitant : Oui ☐ Non ☐

Télémédecine acceptée : Oui ☐ Non ☐

Prévenir famille la nuit en cas d'hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Prévenir famille la nuit en cas de décès : Oui ☐ Non ☐

Règlement factures :

Prélèvement ☐ Virement ☐ Chèque ☐

A transmettre par mail :

Dossier APA n° Oui ☐ Non ☐

Location matériel :

Prestataire loueur :



FICHE DE LIAISON

1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AIDEE

NOM : PRENOM (S) :

ADRESSE :

CP : COMMUNE :

TELEPHONE :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : M ☐ F ☐

CONDITIONS DE VIE : En couple ☐ Seul(e) ☐ En famille ☐ Autre ☐

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : Tél :

2 – PROCHES (famille, voisin, ami) avant l'entrée en établissement

PERSONNES PROCHES A CONTACTER :

Nom, prénom	Tél :	Lien de parenté Si Autre (voisin, ami), préciser



MESURE DE PROTECTION : Oui ☐ Non ☐

Tutelle ☐ Curatelle ☐ En cours ☐ Mandat de protection future ☐ confié à :

Nom du mandataire (ou organisme) :

3- COMMENTAIRES



FICHE DE LIAISON

4 – AUTONOMIE DE LA PERSONNE AIDEE

	<i>Avant l'entrée en EHPAD</i>
Comportement	Cohérent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Observations.....
Mobilisation	Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....
Toilette et soins d'hygiène	Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....
Habillage - déshabillage	Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....
Gestion de l'élimination	Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Observations.....
Prise de repas	Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....
Préparation des médicaments	Seul <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....



Prise des médicaments	Seul <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Observations.....
Aides techniques	Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Montauban <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Prothèses <input type="checkbox"/> Préciser : Lunettes <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Prothèse(s) dentaire (s) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> : Téléalarme <input type="checkbox"/> Organisme :

Date de renseignement de la fiche :

.....
Nom, Fonction de la personne ayant renseigné :

Informations particulières ou importantes :

.....
.....
.

Etat d'Esprit de la personne (en rapport avec le projet d'accueil) : Appréhende ☐ Satisfait(e) ☐ Résigné(e) ☐ Ne sait pas ☐

Autre ressenti ☐ :



SAS ANTEMA LES SAISONNALES – N° SIRET 515 291 615 00018 – RCS LA ROCHE SUR YON
Siège social : 128 Rue de St-André d’Ornay– 85000 LA ROCHE SUR YON – Tel 02 51 99 12 25

NOM :		PRENOM :		CH :	
DATE	SUIVI			SIGNATURE	
	Patient sous anticoagulant : OUI NON <u>SI OUI, nom de l'anticoagulant :</u>				





SAISONNALE DE :

ETAT DES LIEUX D'ENTREE

Chambre n°.....

Nom/ Prénom /

Date d'entrée :

CHAMBRE				
	TB Etat	Correct	Défraichi	Observations
Murs				
Plafond				
Sol				
Portes				
Plinthes				
SALLE DE BAIN :				
Murs				
Plafond				
Sol				
Lavabo				
Robinetterie				
Douche				
WC et abattant				
Miroir				
Autres				

MOBILIER MIS A DISPOSITION				
	TB Etat	Correct	Défraichi	Observations
1 lit médicalisé				
1 fauteuil				
1 chaise				
1 table de chevet				
1 téléphone				
1 TV+télécommande				
1 table				
1 siège de douche				
1 placard avec penderie et cintres				
Classeur Documents				
Cléf chambre				
Etat des portes				
Etat intérieur				

Observations :

Le résident répond des dégradations et pertes qui arrivent pendant la location et qui proviennent d'un usage anormal et donc fautif de la part du résident.

Cet état des lieux a été établi contradictoirement entre M. _____, Résident et/ ou M. _____

son représentant et Mme _____ avs, ou Mme.....Responsable

Fait à....., le _____

Le résident et/ ou son représentant

La Saisonnale



SAISONNALE DE :

ETAT DES LIEUX de SORTIE

Chambre n°.....

Nom/ Prénom /

Date de sortie :

CHAMBRE				
	TB Etat	Correct	Défraichi	Observations
Murs				
Plafond				
Sol				
Portes				
Plinthes				
SALLE DE BAIN :				
Murs				
Plafond				
Sol				
Lavabo				
Robinetterie				
Douche				
WC et abattant				
Miroir				
Autres				

	TB Etat	Correct	Défraichi	Observations
1 lit médicalisé				
1 fauteuil				
1 chaise				
1 table de chevet				
1 téléphone				
1 TV+télécommande				
1 table				
1 siège de douche				
1 placard avec penderie et cintres :				
Classeur documents				
Cléf chambre				
Etat des portes				
Etat intérieur				

Observations :

Le résident répond des dégradations et pertes qui arrivent pendant la location et qui proviennent d'un usage anormal et donc fautif de la part du résident.

Cet état des lieux a été établi contradictoirement entre M. _____, Résident et/ ou M. _____
représentant de M. _____, résident et Mme.....Responsable.

Fait à....., le.....

Le résident et/ ou son représentant

La Saisonnale



Fiche de suivi Administratif

DATE	SUIVI



Fiche de suivi administratif

	SUIVI



FORMULAIRE DE RECHERCHE DE CONSENTEMENT EN VUE D'UNE ADMISSION EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis au candidat à l'admission ou à son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement dans le dossier administratif.

Madame ☐ Monsieur ☐ :

.....
(Nom et Prénom complets en lettres capitales)

Date de naissance : (jour / mois / année).....

Candidat à l'admission au sein de l'établissement,

Exprime, en signant ce formulaire, avoir reçu **oralement lors d'un entretien avec** :

- ☐ La Responsable du site :
NOM.....PRENOM.....
- ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ (Nom et prénom).....
(en qualité de personne de confiance)
- ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ (Nom et Prénom).....
(représentant légal de la personne)
- ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ (Nom et Prénom).....
(en tant qu'accompagnant, lien de parenté éventuel) :.....

- ☒ Toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de mon admission dans l'établissement, dans le respect de mes souhaits et de mes attentes,
- ☒ Avoir posé toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et recevoir des réponses claires et précises,
- ☒ J'ai notamment bien compris les dispositions et les prises en charge évoquées dans l'ensemble du contrat de séjour.

☐ La responsable du site atteste de l'adhésion manifeste de la personne reçue en entretien lors de son entrée et s'engage également à ne pas considérer pour définitivement acquis le consentement recueilli et de s'assurer régulièrement de l'actualité du consentement.

☐ La responsable du site atteste du refus manifeste de la personne reçue en entretien, par une opposition verbale et / ou gestuelle, nécessitant le report de l'admission.



Observations :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Formulaire de recherche de consentement établi entre :

Madame / Monsieur (Nom et Prénom).....

Madame / Monsieur (Nom et Prénom).....

(Responsable de l'Etablissement)

Fait à....., le/...../.....

Résident

Nom :

Prénom :

Signature :

Accompagnant

Nom :

Prénom :

Signature :

Responsable

Nom :

Prénom :

Signature :



ANNEXE 1 : DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

Désignation de la personne de confiance par le résident (Article L. 1111-6 du code de la santé publique)

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas ou vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit.
La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M. :

.....

Souhaite désigner une personne de confiance

- ☐ OUI
- ☐ NON

Souhaite désigner comme personne de confiance

Mme, Mlle, M :

Demeurant :

Téléphone Fixe :

Téléphone portable :

Fait à

Le

Signature :

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné (e) Mme, Mlle, M..... reconnaît avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de M.....

Fait à Le

Signature



ANNEXE 6 : DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Ou

Représentant (e) légal (e) :

Nom :

Prénom :

Résidant à La Saisonnière de.....,

Adresse

Autorise- n'autorise pas (barrer la mention inutile)

- ☐ La prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement.

La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants :

- ☐ Exposition de photographies au sein de l'établissement,
- ☐ Sur le site internet de l'établissement
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale.

Cette utilisation concerne la durée d'hébergement.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.

Fait à....., le...../...../.....

Signature