



le Foyer du Romarin

Une Autre Idée De L'âge



LIVRET ACCUEIL ANNEXES



le Foyer du Romarin

Une Autre Idée De L'âge

Table des Matières

ANNEXES

- 1** Charte des droits et libertés de la personne accueillie
Notre charte, votre engagement
Charte de nos Unités Protégées
- 2** Ma personne de confiance
Formulaire de designation HAS
- 3** Trousseau de la personne accueillie
Entretien du linge
- 4** Droit à l'image
Gestion du courrier & procuration
Téléphonie & Wifi
- 5** Intervenants libéraux
Choisir son médecin traitant - CERFA 12485*03
Procuration et traitements médicaux
Autorisation en cas d'hospitalisation
- 6** Dossier Medical Partagé
Mémo synthèse droit et acces DMP
- 7** Directives anticipées
- 8** Autorisation de prélèvement



CHARTRE

DES DROITS ET LIBERTES

De la personne accueillie



Principe de non-discrimination

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.



Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

L'accompagnement qui vous est proposé est individualisé et le plus adapté possible à vos besoins.



Droit à l'information

Vous bénéficiez d'une information claire, compréhensible et adaptée. Vous avez accès à toute information ou document relatifs à votre accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.



Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

- Vous disposez du libre choix entre les prestations adaptées qui vous sont offertes.
- Votre consentement éclairé est recherché en vous informant des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à votre compréhension.
- Le droit à votre participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de votre projet individualisé vous est garanti.



Droit à la renonciation

Vous pouvez à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont vous bénéficiez et quitter l'établissement.



Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect de vos souhaits.



Droit à la protection

Le respect de la confidentialité des informations vous concernant est garanti dans le cadre des lois existantes. Il vous est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé, aux soins et à un suivi médical adapté.



Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il vous est garanti de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de votre patrimoine et de vos revenus.



Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considérations.

Le rôle de votre entourage doit être facilité, avec votre accord, par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.



Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité de vos droits civiques et de vos libertés individuelles est facilité par l'établissement.



Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse sont facilitées. Le personnel et la personne accueillie s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.



Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de votre dignité et de votre intégrité est garanti.

Le droit à votre intimité doit être préservé.

NOTRE CHARTRE

votre engagement

Vis à vis de notre parent, nous nous engageons...

- A venir régulièrement lui rendre visite selon nos possibilités et en encourageant les membres de notre famille dans son entièreté à s'engager avec nous dans ce maintien du lien de vie
- A maintenir un lien régulier avec lui/elle (courrier, téléphone, sorties extérieures éventuelles...)
- A rester attentif à sa santé globale (physique, mentale, spirituelle..), comme à ses besoins au sein de la structure (garde robe, esthétique..)
- A l'accompagner si nous en avons la possibilité aux visites médicales et autres visites liées à sa santé (visites de spécialiste, hospitalisation...)

Vis à vis de l'équipe de l'établissement, nous nous engageons...

- A transmettre toute information pertinente susceptible d'affecter notre parent
- A respecter leurs conseils et recommandations
- A m'intéresser à la vie de la structure, à y participer (sorties, CVS...) et à avancer avec l'ensemble des équipes dans le prendre soin de mon parent

ENSEMBLE

Nous souhaitons favoriser l'autonomie de notre parent âgé

Nous souhaitons continuer à prendre en compte la responsabilité et la citoyenneté de la personne âgée

Nous respectons l'identité, la singularité et la liberté de la personne âgée

Le
Signature :

CHARTRE

DE NOS UNITES PROTEGEES

Nos Unités Protégées sont les lieux de vie de vos proches. Pour préserver leur sérénité et leur sécurité, nous vous remercions de respecter les principes suivants :

La sécurité des résidents

Le code d'accès ne doit jamais être communiqué à des tiers ou aux résidents de l'unité.

Assurez-vous qu'aucun résident ne sorte en même temps que vous.

Vérifiez que la porte est bien verrouillée en partant.

Organisation des visites

Les visites sont autorisées de 10h à 20h, en dehors des temps de repas afin de favoriser la prise alimentaire et le calme.

Lors de visites tardives et après le dîner, nous engageons chacun à respecter l'accompagnement au coucher des équipes, l'intimité du résident et les demandes formulées par le personnel en poste.

Si toutefois, ces demandes n'étaient pas respectées, l'établissement se réserve le droit d'imposer un cadre plus strict

Savoir-être et environnement

Lors de votre présence l'après-midi, accompagnez votre proche en dehors de l'unité pour une promenade au salon Becker, dans le jardin ou dans l'intimité de sa chambre

L'unité est un espace collectif mais surtout le lieu de vie de résidents. Merci de moduler le volume sonore de vos échanges et de prioriser systématiquement le bien-être des résidents de l'unité (place à table, canapé, déplacement, etc.)

Ne pénétrez pas dans les chambres des autres résidents.

Alimentation et cadeaux

Les aliments proposés lors des gouters sont à destination des résidents et ne doivent pas être consommés par les visiteurs.

Avant d'offrir des confiseries ou des plats à votre proche ou à d'autres résidents, vérifiez auprès des soignants les régimes pour éviter tout risque de fausses routes ou allergie.

Évitez d'introduire des objets tranchants, inflammables ou de petite taille pouvant être ingérés par mégarde par d'autres résidents.

Interaction avec votre proche et les autres résidents

La vulnérabilité des résidents de l'unité exige une vigilance totale de la part de l'établissement ; tout manquement, geste ou posture inadaptée, y compris à l'encontre de votre proche, sera signalé sans délai.

Certains résidents présentent des troubles du comportements (déambulation, agitation, cris, désinhibition, questions répétitives, etc.). Gardez une attitude calme et respectueuse. Tout jugement et propos inadaptés envers un résident sera signalé sans délai.

Il est strictement interdit de photographier ou de filmer d'autres résidents que votre proche.

MA PERSONNE de confiance

Lorsque la mémoire fluctue, que l'attention se fragilise ou que la maladie rend difficiles certaines décisions, il devient précieux de ne pas avancer seul.

Désigner une personne de confiance permet de faire en sorte que vos souhaits soient entendus et respectés, même lorsque vous ne pouvez plus les exprimer clairement.

C'est une démarche simple, mais essentielle : la personne de confiance est un repère, un relais, un soutien dans les moments où la parole se fait plus fragile.

UNE PERSONNE UNIQUE, LIBREMENT CHOISIE

La personne de confiance est choisie par vous parmi les adultes de votre entourage : conjoint, enfant, proche, ami, ou même médecin traitant.

Ce choix est totalement personnel : personne ne peut vous l'imposer ou décider à votre place. La désignation n'a de valeur que si elle exprime une volonté libre, sans pression extérieure.

La loi prévoit qu'une seule personne peut être désignée à la fois. Ce choix peut être modifié ou annulé à tout moment, par un simple écrit signé.

Bien que la désignation juridique soit unique, il reste tout à fait possible d'associer plusieurs proches au quotidien et de faire évoluer ce choix si nécessaire.

SON RÔLE

Son rôle est d'être consultée par les médecins lorsque vous ne pourrez plus exprimer votre volonté.

Elle ne décide pas « à votre place » : elle témoigne de ce que vous auriez souhaité, de ce qui compte pour vous, de vos priorités et de votre manière d'aborder les soins.

Avec votre accord, elle peut assister aux entretiens médicaux : écouter, reformuler, aider à comprendre, poser les questions difficiles, puis reprendre les informations calmement à la maison.

En cas de désaccords familiaux, c'est sa parole qui prévaut, notamment lorsqu'aucune directive anticipée n'a été rédigée.

La personne de confiance n'est pas la « personne à prévenir ». Cette dernière est simplement contactée en cas d'urgence, sans rôle dans les décisions médicales.

CONFIANCE & SECRET MEDICAL

Désigner une personne de confiance ne lève jamais totalement le secret médical.

Vous restez au centre des décisions :

Vous choisissez ce qui peut être partagé

Vous pouvez demander au médecin de lui parler seul

Vous pouvez modifier à tout moment ce que vous souhaitez transmettre ou non.

La personne de confiance peut recevoir les informations nécessaires à son rôle, mais n'a pas d'accès automatique au dossier médical.

Elle ne peut le consulter que si une procuration spécifique lui est donnée.

MA PERSONNE de confiance

PERSONNE DE CONFIANCE & DIRECTIVES ANTICIPEES

La personne de confiance et les directives anticipées sont deux outils complémentaires.

Les directives anticipées permettent de consigner par écrit ce que la personne souhaite ou ne souhaite pas en matière de traitements en cas de situation grave.

La personne de confiance est alors là porter cette parole auprès des soignants, pour expliquer le sens de ces choix, rappeler la personnalité, les valeurs et les souhaits exprimés.

ET SI JE SUIS SOUS PROTECTION JURIDIQUE

La désignation d'une personne de confiance reste possible avec une mesure de protection, mais selon des règles différentes.

La désignation reste possible, mais selon des modalités adaptées :

En curatelle : la personne conserve la capacité pour les décisions personnelles et peut désigner librement sa personne de confiance.

En tutelle : la désignation est possible avec l'accord du juge ou du conseil de famille. Si une personne avait été désignée avant la tutelle, il est essentiel d'en informer le juge qui peut confirmer ou révoquer cette désignation.

En habilitation familiale :

- si elle porte uniquement sur des actes patrimoniaux ou administratifs, la personne conserve la capacité de désigner librement sa personne de confiance ;
- si elle inclut la représentation pour les actes relatifs à la personne (par exemple les décisions médicales), la désignation n'est possible qu'avec l'accord de l'habilité, voire du juge lorsque cette représentation est étendue aux soins. Le juge peut confirmer ou révoquer une désignation antérieure portée à sa connaissance.

COMMENT LA DESIGNER

La désignation se fait avec le formulaire ci joint ou par écrit, sur papier libre ou formulaire. Elle doit être signée par la personne et par celle qui accepte ce rôle. Elle peut être réalisée à tout moment et modifiée aussi souvent que nécessaire.

Il est recommandé d'en conserver une copie, d'en remettre une autre au médecin traitant et, si la personne est suivie à l'hôpital, de l'ajouter au dossier médical.

Depuis l'ouverture de « Mon espace santé », il est possible d'y déposer sa désignation et ses directives anticipées. Cela facilite leur accessibilité en cas d'hospitalisation ou d'urgence.

Sources :

Code de la santé publique, art. L.1111-6 à L.1111-6-2

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Décret 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 code de l'action sociale et des familles

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

Si vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement et peut peut si vous le souhaitez :

Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé

Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas

Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer d'informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention :

la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès, sa mission ne concerne que votre santé

QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

QUI PEUT ÊTRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire.

Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap

La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie [entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), passage à la retraite], de votre état de santé, l'annonce d'une maladie grave (...): désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits seront respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

Dans le cas particulier où vous seriez hospitalisé(e), il vous sera demandé si vous avez désigné une personne de confiance et il vous sera proposé d'en désigner une pour la durée de l'hospitalisation. Mais ce n'est pas obligatoire.

COMMENT LA DÉSIGNER ?

La désignation doit se faire par écrit : vous pouvez la faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou utiliser le formulaire joint.

Elle doit cosigner le document la désignant.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit).

Il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.

COMMENT FAIRE CONNAÎTRE CE DOCUMENT ET LE CONSERVER ?

Il est important que les professionnels de santé soient avertis du fait que vous avez désigné votre personne de confiance et aient ses coordonnées dans votre dossier : il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical de votre médecin traitant et/ou celui de l'équipe soignante hospitalière quand il y en a une, et/ou de l'EHPAD ou de tout autre lieu de résidence/d'hébergement (établissement social ou médico-social), (personnes en situation de grande dépendance ou de précarité).

Vous pouvez également le conserver avec vous.

À terme, le nom de votre personne de confiance pourrait être inscrit sur votre Dossier Médical Partagé.

Il est important également que les proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

AUTRES RÔLES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance peut intervenir dans des contextes médicaux particulièrement encadrés par la loi : les essais thérapeutiques : elle reçoit l'information adaptée si le patient ou son représentant légal ne peut la recevoir :

la recherche biomédicale : dans les situations où le consentement de la personne ne peut être recueilli (urgence ou personne hors d'état de le donner), celui-ci peut être demandé à la personne de confiance :

les tests génétiques : lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de la personne concernée, la personne de confiance peut être consultée

lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la personne de confiance peut accompagner la personne malade lors des autorisations de sortie.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone

Email :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Fait à: le :

Signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Que celui-ci lui a fait part de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

oui

non

Fait à : le :

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Que celui-ci lui a fait part de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

oui

non

Fait à : le :

Signature

Formulaire désignation de la personne de confiance remis à :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

TROUSSEAU

Du résident

Hommes

Peignoir ou Robe de chambre	2
Slips	7
Maillots de corps	5
Pyjamas	3
Chemises/Polos*	4
T Shirts	4
Pantalons(ville/jogging)	5
Gilets/Pulls	5
Paires de chaussons	2
Paires de chaussures	1
Paires de chaussettes	5
Manteau/Imperméable/Veste	1
Ceinture	1
Paires de bretelles	1
Echarpe**	1
Paire de Gant**	1
Chapeau de soleil**	1
Lunettes de soleil**	1

Femmes

Peignoir ou Robe de chambre	2
Culottes	7
Soutiens- gorge	5
Chemises de nuit	3
Chemisiers	4
T Shirts	4
Robes,Jupes ou Pantalons*	5
Gilets/Pulls	5
Paires de chaussons	2
Paires de chaussures	1
Paires de bas / chaussettes	5
Manteau/Imperméable/Veste	1
Ceinture	1
Echarpe**	1
Paire de Gants**	1
Chapeau de soleil**	1
Lunettes de soleil**	1

Etiquetage

Le trousseau d'entrée du résident est étiqueté par la structure si celui-ci n'est pas marqué, et ce dans la limite de 50 pièces

Au delà l'étiquetage sera facturé au prix de 1€/pièce

L'étiquetage effectué sur la structure est thermocollant et ne pourra pas être enlevé***

Dans le cadre d'un étiquetage effectué par l'établissement, Il est demandé de déposer à minima deux tenues complètes sur la structure avant l'entrée du résident

Le ré-étiquetage courant sera facturé selon les besoins au prix de 1€/pièce

**Trousseau à adapter selon les habitudes de vie du résident*

***Trousseau à adapter selon les saisons*

****Si toutefois vous souhaitez que les étiquettes puissent être enlevées, nous vous laissons faire le nécessaire auprès d'une couturière privée*

ENTRETIEN

du linge

La globalité du linge hôtelier est fourni et entretenu par la structure (draps, serviettes de toilettes....)

Le linge des résidents est lavé, défroissé et remis en chambre par le personnel de la lingerie de l'établissement.

En cas de linge abimé, la famille sera prévenue pour remise en état de celui-ci ou délégation à l'établissement contre re facturation de la prestation.

La lingerie du Foyer du Romarin assure l'entretien du linge de façon industrielle et avec obligation d'application des normes en vigueur .

.,Par conséquent nous ne pouvons traiter les pièces fragiles type thermolaetyl, laine, soie....

Pour des questions de sécurité, il n'est pas admis de procéder au lavage du linge dans les salles d'eau des logements.

Il est possible pour les familles de prendre en charge le linge du resident.

DROIT A L'IMAGE

Information sur le droit à l'image

Dans le cadre des différentes animations, manifestations et rencontres organisées au sein de notre établissement, nous serons amené à prendre des photographies* sur lesquelles vous apparaîtrez.

Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés, sous couvert de votre autorisation écrite et dans le cadre du droit à l'image (conformément à l'article 9 du Code Civil)

En tant que résident au sein de notre structure votre droit à l'image impose de recevoir votre consentement libre et éclairé pour pouvoir diffuser les images (photographies, vidéos...) sur lesquelles vous pouvez être reconnu. En l'absence de celui-ci vous serez présumé avoir refusé toute forme de diffusion de votre image.

Les différents supports sur lesquels nous sollicitons votre autorisation sont les suivants :

Site internet de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reseaux sociaux de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyer, journeaux et support à usage externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supports internes (journal, exposition ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La publication ou la diffusion de photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation des personnes.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques, la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit au retrait des photographies vous est garanti

En aucun cas vos photographies ne seront utilisées à des fins commerciales et/ou publicitaires.

Je soussignée (Nom, Prénom(s))-----

Résident(e), Représentant légal de Mr ou Mme -----

Reconnais avoir pris connaissance des informations, ci-dessus et donne mon accord pour l'utilisation des photographies où j'apparaîtrai.

OUI

NON

**la photographie faite à votre admission étant exclusivement réservée à votre dossier de soins pour faciliter votre identification tout comme votre numéro d'immatriculation auprès de la caisse d'assurance maladie, n'entre pas dans ces critères*

GESTION DU COURRIER & Procoration

Le personnel distribue le courrier quotidiennement.

Lors de l'admission, le choix est laissé au résident de recevoir son courrier dans son logement ou mise à disposition à l'accueil pour la personne en charge de celui-ci (personne de confiance, tuteur...)

Une boîte aux lettres est prévue pour le courrier de départ.

Nom & Prénom du résident:.....

et/ou du représentant légal si sauvegarde de justice

Donne pouvoir à l'EHPAD " Le Foyer Du Romarin" pour remise des correspondances adressées

Refuse que les correspondances adressées soient remises au " Foyer Du Romarin"

Clapiers, le

Signature du résident ou de son représentant légal :

Tout choix effectué à l'entrée peut être modifié par envoi de courrier RAR, ou mail avec accusé de réception

TELEPHONIE & Wifi

Une ligne téléphonique personnelle avec numéro dédié est attribuée au résident dès son entrée (hors Unité Protégée)

Aucun numero ne pourra etre communiqué sans autorisation préalable

Un choix de deux formules d'abonnement est proposé à chaque résident et sera facturé mensuellement.

Un Wifi invité est à disposition au sein de la structure

Nom & Prénom du résident:.....

et/ou du représentant légal si sauvegarde de justice

Ligne Interne / Gratuit
Possibilité d'appeler les postes internes, et de recevoir le transfert d'appels externes, via le standard, pendant les heures d'ouverture administratives

Ligne Externe */ 15€ mensuel
Forfait de consommation comprenant

- Appels illimités vers les fixes en France
- 5 heures d'appel/mois vers les postes mobiles en France

Clapiers, le

Signature du résident ou de son représentant légal :

Tout choix effectué à l'entrée peut être modifié par envoi de courrier RAR, ou mail avec accusé de réception

**Appels nationaux uniquement. Les communications internationales seront limitées aux appels entrants*

INTERVENANTS Libéraux

Les medecins

Le Médecin traitant est un médecin généraliste que chaque résident doit choisir librement, dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Le Médecin traitant est au libre choix du résident ou de sa famille et intervient à la demande de l'équipe soignante et/ou du Médecin coordonnateur et/ou du résident et/ou de la famille.

Liste des medecins traitants intervenants sur la structure de façon hebdomadaire

Dr FAUGOIN Cyril : 04 67 59 22 22

Dr HOWALDT Philippe : 04 67 20 47 19

Dr GERARDIN Michel : 06 03 56 13 96

Dr ROLLAND Eric : 04 67 59 22 02

Vous avez plein droit de choisir votre medecin généraliste quel qu'il soit, sous reserve de passage sur l'établissement

Les kinesitherapeutes

Deux kinésithérapeutes interviennent en tant que salariés au sein de l'établissement

Les séances de kinésithérapie sont mises en place dans le cadre du plan de soin défini pour chaque résident, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice et du médecin coordonnateur

Autres professionnels liberaux

La liste des autres professionnels liberaux ayant signé une convention de partenariat avec la structure est disponible auprès du pôle soin.

Toute intervention de professionnel liberal auprès de nos residents necessite l'accord prealable de l'infirmière coordinatrice.

Notre structure étant en budget global, toute intervention hors validation prealable amenera une prise en charge totale de la famille

CHOISIR son médecin traitant

Vous allez entrer au Foyer du Romarin et , il va vous falloir choisir le médecin traitant qui assurera votre suivi médical sur la structure

Votre médecin traitant étant le seul à pouvoir prescrire un traitement, un soin, un examen ou une hospitalisation, il est essentiel que vous ayez une relation directe et de confiance avec lui.

Nous vous informons également que vous devez prévenir votre caisse d'assurance maladie du changement de médecin traitant

La déclaration est à faire à l'aide du CERFA / 12485*03 (à télécharger ou remis par le médecin traitant choisi)

Cette déclaration peut s'effectuer en ligne si le médecin vous le propose et avec votre accord.

Nom & Prénom du résident:
et/ou du représentant légal si sauvegarde de justice

Après avoir pris contact avec lui et avoir eu son accord, je choisis comme médecin traitant dans la liste des médecins signataires de la convention avec le Foyer du Romarin

Nom & Prénom du médecin.....

Adresse.....

.....

Clapiers, le

Signature du résident ou de son représentant légal :

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPOR TANT

{ inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
} inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

L' assuré(e)	
Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage, s'il y a lieu	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>
L e bénéficiaire des soins	
Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage, s'il y a lieu	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom du médecin traitant
<p>N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)</p> <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>
	Prénom <input type="text"/>
	Identifiant <input type="text"/>

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire des soins (et /ou parents ou titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice -)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant	Je soussigné(e), Docteur déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s) _____	Signature _____

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 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 pour les données vous concernant.

Quiconque rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

*Pour permettre la bonne coordination de vos soins, chaque assuré ou bénéficiaire des soins indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme *médecin traitant*.*

Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un autre spécialiste. Il peut exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

► **"Dans la rubrique "identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins" :**

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "L'assuré(e), vos nom, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "Le bénéficiaire des soins", votre date de naissance
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, concubin, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", les nom, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez dans la zone " Le bénéficiaire des soins", vos nom, prénom et date de naissance
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

► **"Dans la rubrique "identification de la structure d'exercice et du médecin traitant" :**

le médecin *appose son cachet ou écrit lisiblement* ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique " Déclaration conjointe" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

IMPORTANT :

N'oubliez pas de signer tous les deux cette déclaration.

Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur non émancipé âgé de 16 à 18 ans, il doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.

Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

"ArtL.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire..."

PROCURATION

Et traitements médicaux

La présente procuration est un engagement du résident pour délégation de ses traitements médicaux partiellement ou en globalité à l'EHPAD.

En donnant procuration au "Foyer Du Romarin", je m'engage à laisser la structure :

- Gérer mes médicaments
- Gérer les commandes de ceux ci (sauf cas exceptionnel) auprès de la pharmacie et selon les prescriptions établies
- Conserver mes médicaments au sein de l'infirmierie de l'EHPAD, les préparer et en assurer la distribution dédiée

Nom & Prénom du résident:.....
et/ou du représentant légal si sauvegarde de justice

Donne pouvoir à l'EHPAD " Le Foyer Du Romarin" pour l'ensemble de mes traitements médicaux

Donne pouvoir à l'EHPAD " Le Foyer Du Romarin" pour mes traitements médicaux spécifiés ci-dessous

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

Clapiers, le
Signature du résident ou de son représentant légal :

Tout choix effectué à l'entrée peut être modifié par envoi de courrier RAR, ou mail avec accusé de réception

AUTORISATION

En cas d'hospitalisation

(Article 223-6 du Code Pénal, article 7 du code de déontologie médicale, article 6 de la charte du patient hospitalisé)

Je soussigné(e), M/Mme.....,

né(e) le/...../.....

Saint/saine de corps et d'esprit,

Autorise, L'EHPAD " le Foyer Du Romarin", sis 246 rue du romarin- 34830 Clapiers - à me faire transporter par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Ma famille sera avertie par les services de l'établissement.

J'autorise qu'une anesthésie me soit effectuée dans le cadre où j'aurais à subir une intervention chirurgicale en urgence.

De préférence, je souhaite être hospitalisé (e) dans l'établissement médical suivant :

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

j'ai pris acte que cette préférence sera respectée dans la mesure où mon état, les compétences, l'urgence et les disponibilités le permettent

J'atteste également par la présente être couvert par une assurance responsabilité civile

Clapiers, le

Signature du résident ou de son représentant légal :

D . M . P

Dossier Médical Partagé

Le Dossier Médical Partagé (DMP), véritable carnet de santé numérique, permet à tous les professionnels de santé d'accéder aux informations médicales de nos résidents et facilite ainsi leur prise en charge.

Il est essentiel pour la prise en charge optimale de votre parent dans des situations d'urgences et contient tous les éléments médicaux pertinents en ce sens (historique des soins, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus de biologie, etc.).

Le Romarin s'engage auprès de ses résidents dans l'accompagnement, la création et la mise à jour du Dossier Médical Partagé.

Nom & Prénom du résident:.....

et/ou du représentant légal si sauvegarde de justice

- Autorise la création de mon DMP
- Refuse la création de mon DMP
- Informe l'établissement que mon DMP est déjà crée

Clapiers, le

Signature du résident ou de son représentant légal :

L'alimentation de Mon espace santé (qui s'appuie sur le DMP), c'est obligatoire et systématique, sauf si le patient s'y oppose pour motif légitime après que vous l'avez informé de ses droits. Ces obligations sont définies dans l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique et dans l'arrêté du 26 avril 2022. Cette fiche vous détaille les règles et les implications pratiques.

1 Les règles applicables



ALIMENTATION



CONSULTATION

Quelles obligations vis-à-vis du patient ?

Les professionnels de santé doivent **informer le patient de l'alimentation de son DMP.**

Cette information peut être délivrée par un collaborateur de l'équipe de soins.

⚠ Cette information n'est à donner qu' **une seule fois** dans le cadre du suivi du patient.

Juridiquement, il existe 2 cas de figure (article R. 1111-46 du code de la santé publique) :

➡ **Membre de l'équipe de soins** : le **consentement du patient est dit présumé** dans le cadre de sa prise en charge effective. ⚠ Il est toutefois **important de l'informer à chaque nouvel épisode de soin** et de ne consulter ses données qu'à des fins "utiles pour la prise en charge"

➡ **Non membre** : le professionnel doit **recueillir explicitement le consentement** du patient **à chaque consultation de son dossier médical** par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Qui peut faire cette action ?

➡ **Tout professionnel de santé ou personne exerçant sous sa responsabilité** dans le cadre de la prise en charge effective du patient (ex. secrétaire médicale, accueil d'une structure).

⚠ L'alimentation est conditionnée à **l'authentification préalable** qui peut être faite directement par la carte de professionnel (CPS, CPF, CPE) ou par le biais d'un certificat logiciel ("pièce d'identité numérique qui identifie une structure"), ce qui est "transparent" pour vous.

➡ Une **matrice d'habilitation** (<https://www.monespacesante.fr/pdf/matrice-habilitations.pdf>) conditionne les **autorisations d'accès** des professionnels de santé selon leur spécialité. Le personnel non médical sous leur responsabilité n'a pas le droit d'accéder au DMP en consultation.

⚠ Le professionnel doit **obligatoirement être authentifié avec sa carte CPS / e-CPS.**

➡ **En cas d'urgence**, les professionnels de santé peuvent consulter le DMP sans le consentement du patient sauf si ce dernier a bloqué ce mode d'accès.

Quel droit d'opposition du patient ?

➡ Le **patient peut s'opposer en cas de motif légitime** (article R. 1111-47 du CSP - *exemple : un patient qui refuse l'alimentation d'un document mentionnant un traitement hormonal*).

⚠ Le motif légitime reste **à l'appréciation du professionnel de santé.**

➡ Le patient **peut s'opposer à la consultation de son dossier médical, sans avoir à invoquer de motif légitime.**

➡ En cas d'opposition, il est fortement recommandé de le documenter dans votre dossier patient informatisé, même s'il n'y a pas d'obligation réglementaire à date.

⚠ Le **patient** dispose par ailleurs de **droits élargis pour gérer la confidentialité de ses données**. Il peut :

- **bloquer un ou plusieurs professionnels de santé.** Les professionnels bloqués par le patient ne peuvent ni alimenter ni consulter le DMP du patient. Ce blocage peut être réalisé sans motivation spécifique.
- **masquer tous ses documents en 1 clic ou chaque document unitairement**
- **clôturer son profil Mon espace santé** à tout moment

💡 Tout professionnel de l'équipe de soins d'un patient doit **s'assurer que ce dernier est bien informé de l'alimentation de ses documents dans son profil Mon espace santé en amont de celle-ci, et connaître son éventuelle opposition à la consultation de son dossier médical dans le cadre de sa prise en charge.** ⚠️ Cette information vaut pour toute l'équipe de soins.

💡 Il existe plusieurs moyens d'informer le patient selon le type de parcours et de prises en charge (oral, papier, numérique). Avec l'évolution des logiciels métiers, ces modalités devraient être encore simplifiées.

2 Quand et comment informer le patient de l'alimentation / consultation du DMP ?

i Informer le patient	En amont de sa venue	Pendant sa prise en charge
🗣️ A l'oral	Donner l'information au patient au moment de la prise de RDV téléphonique par exemple (professionnel de santé, secrétariat et/ou secrétariat médical, bureau des entrées)	Donner l'information au patient en présentiel au moment opportun <ul style="list-style-type: none"> ● à son arrivée à l'accueil ● au moment de sa prise en charge
📧 A l'écrit, envoyé numériquement (messagerie sécurisée de Mon espace santé, email, courrier)	Ajouter une mention d'information sur un courrier / courriel de convocation et/ou de confirmation de RDV	Bonus: poser une affiche d'information en salle d'attente (⚠️ attention n'est pas suffisante seule!)
💻 Sur une plateforme en ligne	Ajouter une mention d'information et/ou Ajouter 1 case à cocher dans le parcours patient : <ul style="list-style-type: none"> ● sur 1 plateforme de pré-admission / pré-consultation en ligne ● sur 1 site de prise de RDV en ligne 	

✓ Les suggestions proposées ci-dessus ne sont pas exhaustives. Vous êtes libres de mettre en place les modes d'information adaptés à vos parcours et votre organisation interne.

⚠️ Il est nécessaire de réaliser la démarche d'information auprès du patient en amont ou pendant sa prise en charge mais il peut également être opportun de lui rappeler a posteriori.

🔄 Rappeler au patient	A posteriori de sa prise en charge	
📧 Sur un support écrit envoyé numériquement ou par courrier	Ajouter 1 paragraphe d'information dans l'email transmis au patient avec le document en pièce-jointe Ajouter 1 paragraphe d'information en bas de page de document(s) transmis au patient (ordonnance, lettre de sortie, compte-rendu, etc.) directement (par email sécurisé ou récupéré via une plateforme numérique. Ajouter 1 case à cocher ou 1	
💻 Sur une plateforme en ligne	mention d'information dans le parcours patient : <ul style="list-style-type: none"> ● de récupération des données sur 1 plateforme de résultats ● de récupération de l'ordonnance en ligne (ex. sur le site de prise de RDV offrant cette possibilité) 	

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Ma vie, mes choix

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie

. C'est une possibilité qui vous est donnée.

Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave.

Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer.

Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant.

Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation mais un souhait à finaliser si c'est le votre

Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie, vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

Vous pouvez nous en parler

Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées :

www.hassante.fr

POLE MEDICAL		
INFIRMIERE CADRE Audréna DOUILLET	Soins Rendez-vous familles Informations état de santé Réclamation prise en charge des résidents	a.douillet@foyerduromarin.fr
INFIRMIERE ADJOINTE Julienne EBATA	Soins, Rendez-vous médicaux Demandes de sorties résidents Informations état de santé des résidents	j.ebata@foyerduromarin.fr
NEUROPSYCHOLOGUE Laurence MARTINI-NERY	Accompagnement neuropsychologique des résidents	l.martini-nery@foyerduromarin.fr
SERVICE SOINS <i>L'ensemble des équipes médicales</i>	Renseignements ou informations concernant les soins résidents	soins@foyerduromarin.fr
POLE HEBERGEMENT		
GOVERNANTES Iva OZORAK Sylvie PALGAN	Gestion du linge Hygiène des locaux Organisation emménagements déménagements des résidents	gouvernante@foyerduromarin.fr
ANIMATRICE Audrey ROUZAUD Maryne GUIDO	Organisation d'animations	animation@foyerduromarin.fr
POLE ADMINISTRATIF		
Accueil / Contact	Réservations repas famille <i>(48 h à l'avance en semaine et avant jeudi 16h pour le weekend)</i>	contact@foyerduromarin.fr
SECRETAIRE ADJOINTE Lynda BENAMMAR	Gestion des documents administratifs Gestion des appels téléphoniques Réception courrier	l.benammar@foyerduromarin.fr
SECRETAIRE Corinne RUHOFF	Gestion des admissions Facturation Coordinatrice CVS (conseil de la vie sociale)	c.ruhoff@foyerduromarin.fr
INTERVENANTS EXTERIEUR		
ESTHETICIENNES : Valérie NICOULEAU : 06.11.86.82.96 Valerie.nicouleau@hotmail.fr		COIFFEUSE : Nathalie LANGERAERT : 06.83.97.85.03 nathlange@me.com
REPARATEUR HORLOGERIE : Sylvie FRISON : 04.67.57.81.94 sylviefrison@orange.fr		PEDICURE : Michel BELTRAMO : 04.67.59.15.11

Contact pour marquage du linge : **Clapiers-Service** 8 rue de Vendargues : 04 67 59 20 79
Réclamations : reclamations@foyerduromarin.fr



le Foyer du Romarin

Une Autre Idée De L'âge



04.67.02.34.50



contact@foyerduromarin.fr



www.foyerduromarin.fr



246 rue du romarin- 34830 Clapiers

