

**Dr Sylvie FAURÉ**

Praticien Hospitalier - Gériatre

Dr RIJELY-LUCK Houaïda

Médecin Attaché Associé

Dr Franck HEMANA

Médecin Assistant

Mr Lucien JOUCLA

Directeur Adjoint

Mme Sylvie COURBATIEU - Mr Gilles ALAUZE - Mr David MOUGNIBAS - Mme Chantal CARRADE

Cadres de Santé

Identité du patient :

Nom : _____ Prénom : _____

Date naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Placement à long terme **Placement temporaire** **Période souhaitée** : du ____/____/____ au ____/____/____**Placement Unité de Soins Alzheimer uniquement** **Personne à prévenir :**

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Tél. : domicile : _____ Tél. Travail : _____ Tél. mobile : _____

Si le patient est hospitalisé ou en institution :

Etablissement : _____ Service : _____

Médecin référent et/ou Cadre de santé : _____ Téléphone : _____

Renseignements médicaux à compléter par le Médecin Traitant :

		Oui	Non	Aide d'un tiers nécessaire	Observations :
Cohérence Orientation	Le patient est cohérent				Risque de fugue involontaire ?
	Le patient est orienté				
	Troubles légers				
	Troubles majeurs				
Déplacement	Se déplace seul sans aide				Périmètre de marche :
	Canne				
	Déambulateur				
	Si fauteuil roulant, est il auto-géré ?				
	Mis au fauteuil				
	Alitement permanent				
Elimination	Fait seul(e) sans aide				
	Incontinence urinaire occasionnelle				
	Incontinence urinaire permanente				
	Incontinence anale				
	Incontinence mixte				
	Sonde urinaire				
	Colostomie				
	Autre (Pénilex etc...)				
Alimentation	S'alimente seul				Poids :
	Mange seul si installé				
	Besoin ponctuel d'aide ou de stimulation				
	Aide totale				
Hygiène	Assure son hygiène seul(e)				Fumeur actif : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Aide pour la douche				
	Aide partielle ou pour une partie du corps (haut ou bas)				
	Aide totale				
Habillage	S'habille seul(e)				
	Aide partielle				
	Aide totale				
Gère ses médicaments					

NOM : _____ Prénom : _____

Renseignement médicaux ou lettre détaillée :

a) Histoire de la maladie actuelle et motif d'admission:

b) Antécédents :

c) Etat cognitif :

d) Traitement :

Kinésithérapie : oui non Oxygénothérapie : oui non Dialyse : oui non

e) Autres :

	oui	non	
Escarre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation :
Douleurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins palliatifs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom du Médecin et Signature :

Date de l'évaluation :/...../.....

Cadre réservé à l'établissement : Vu le / /200 Dr.....

Admission : oui non Date d'admission :/...../.....

Secteur : Les Myosotis - Les Glycines étage RDC - Les Lilas Roses (étage) Mauves (RDC) Saint-André

Motif du refus :

Identité et situation de la personne souhaitant être accueillie

Madame, Monsieur,

Vous faites une démarche auprès de notre établissement et nous vous en remercions. Nous souhaitons vous réserver le meilleur accueil et à ce titre, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous aider en remplissant ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous connaître. Merci.

Rayer les mentions inutiles.

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

.....

Né (e) le à

Nationalité :

.....

Adresse :

Téléphone :

.....

Etes-vous ?

Marié(e) Célibataire Veuf (e) Divorcé(e) Autres

.....

Avez-vous ?

- Des enfants ? oui (combien ?) non

Où résident-ils ?

.....

.....

.....

- Des personnes qui vous sont proches ?

.....

.....

Vivez-vous habituellement ?

A votre domicile - Chez vos enfants - En établissement :
lequel ?.....

Autre

Bénéficiez-vous actuellement ?

- Téléalarme - Repas à domicile
- Aide ménagère ou aide à domicile : heures/semaine.
- Soins infirmiers : passage(s)/jour.

Utilisez-vous du matériel médical ? oui non

- Lit médicalisé - Fauteuil roulant - Déambulateur
- Autres :

Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou autres aides financières ?

Si oui, lesquelles ?

N° :

Quelles sont vos caisses de retraites ?

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

Quel(s) métier(s) avez-vous exercé(s) ?

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

Vos loisirs :

- Avez-vous pratiqué ou pratiquez-vous encore des activités culturelles, artistiques, sportives, sociales ?

.....
.....

- Personne à contacter concernant l'admission : (adresse et numéro de téléphone)

.....
.....

- Ce questionnaire a été rempli par :

- Vous-même - Autre : Le :/...../.....

PRESTATIONS PAYANTES 2008

√ Vous êtes accueilli(e) en E.H.P.A.D

Structure	Prix de journée hébergement	+ Prix de journée dépendance		
	60 ans et plus	GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2
E.H.P.A.D. St André				
- personne seule	43,25 €	5,03 €	16,02 €	22,06 €
- aile D couple et doubles	39,00 €			
- séjour temporaire	47,60 €			
E.H.P.A.D. St Jean				
Les Glycines (B1)		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- personne seule	37,80 €			
- couple	35,90 €			
Les Hortensias (B3)				
Les Mimosas(B2)				
ST Exupéry Etages (a/c 01/04/08)		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- personne seule	51,10 €			
- couple et double	48,55 €			
Les Hortensias(B3)				
Secteur ALZHEIMER)				
ST Exupéry RDC (a/c 01/04/08)		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- personne seule	53,30 €			
- couple et double	50,65 €			
Les Lilas (jusqu'au 01/04/2008)		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- personne seule	42,25 €			
- couple	40,15 €			
Les Myosotis		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- personne seule	44,25			
- couple	42,05			
Accueil de jour Alzheimer		4,90 €	17,67 €	25,61 €
- ½ journée	18,10			
- Journée	25,75			
Sur dérogation, l'établissement peut accueillir les personnes de moins de 60 ans. Les tarifs comprenant hébergement + dépendance sont fixés à :				
- 56,40 € par jour pour l'E.H.P.A.D. St André				
- 69,80 € par jour pour l'E.H.P.A.D. St Jean				

Certaines aides peuvent être demandées telles allocation logement, allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement...Pour être informé(e) merci de prendre rendez-vous avec le Service Social (coordonnées dans le livret d'accueil, titre 5-2).

√ Vous êtes hospitalisé(e)

Frais de séjour :	- Médecine	398,36 € par jour
	- S.S.R. Hospitalisation complète	351,78 € par jour
	- S.S.R. Hospitalisation de jour	239,21 € par jour

Si vous êtes assuré social, l'assurance maladie prend en charge une partie des frais de séjour.

La part non prise en charge (20% des frais de séjour) s'appelle le ticket modérateur.

Si vous n'avez pas de mutuelle et si vous n'êtes pas exonéré du ticket modérateur (c'est à dire pris en charge à 100%) pour une raison particulière, cette part vous sera facturée.

Forfait hospitalier : 16 €/jour (éventuellement pris en charge par votre mutuelle).

Chambre particulière : 20,50€

Repas accompagnant : 8,05 €

Téléviseur : 3,15 € par jour les 30 premiers jours, 1,55 € par jour à compter du 31^{ème} jour.

Une caution de 20 € est demandée.

Téléphone : Ouverture de la ligne :- MEDCINE /SSR : 3,20 € (droit d'accès non déductible du montant de la facture), Communications payables à la sortie d'hospitalisation.

- HEBERGEMENT :

-Ouverture de la ligne : 20,30 €

-Abonnement mensuel : 7,15 €

(Mise à jour 01/02/08)