

U.S.L.D

« Unité de Soins de Longue Durée »



Service des Admissions

Hôpital de Houdan

42, rue de Paris

78550 Houdan

Tél : 01.30.46.18.09

Fax : 01.30.46.18.53

www.hopitalhoudan.fr

SOMMAIRE

1. Conditions d'admission	p 4
1.1 Dispositions générales	p 4
1.2 Dispositions spécifiques relatives à l'hébergement permanent	p 4
1.3 Objectifs d'accueil	p 4
2. Prestations hôtelières	p 4
2.1 À la charge de l'établissement	p 4
2.1.1 Logement	p 4
2.1.2 Restauration	p 4
2.1.3 Blanchissage	p 4
2.1.4 Animation et vie sociale	p 5
2.1.5 Courrier	p 5
2.1.6 Culte	p 5
2.2 À la charge du patient et/ou de sa famille	p 5
2.2.1 Nécessaire de toilette et d'hygiène	p 5
2.2.2 Petit matériel	p 5
2.2.3 Autres prestations	p 5
3. Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	p 6
4. Soins et surveillance médicale et paramédicale	p 6
5. Coût du séjour	p 6
5.1 Frais d'hébergement	p 6
5.2 Frais liés à la perte d'autonomie	p 6
5.3 Frais liés aux soins	p 7
5.4 Facturation des frais de séjour	p 9
6. Conditions particulières de facturation et conditions de paiement	p 9
6.1 En cas d'hospitalisation	p 9
6.2 En cas d'absence pour convenances personnelles	p 9
6.3 En cas d'entrée différée	p 10
6.4 En cas de résiliation	p 10
7. Responsabilités respectives	p 11
7.1 Assurance	p 11
7.2 Dépôt numéraire, valeurs et objets de valeurs	p 11
8. Droits et obligations du patient	p 11
9. La désignation de la personne référente et la personne de confiance	p 11
9.1 La personne référente	p 11
9.2 La personne de confiance	p 12
10. Conclusion du contrat	p 13

ANNEXES

La personne de confiance	p 16
Les directives anticipées	p 18
Lettre d'engagement de payer les frais d'hébergement	p 20
Autorisation de Droit à l'image	p 21
Inventaire des pièces jointes	p 23

1. Conditions d'admission

1.1 Dispositions générales

L'admission est prononcée par la Direction sur proposition de la commission d'admission qui prend en compte le besoin d'accompagnement du patient.

Un entretien préalable du patient avec le médecin coordonnateur et/ou le cadre responsable du site constituera, sauf exception, un préalable à cette admission.

Le jour d'arrivée, le patient et sa famille sont accueillis au sein de l'établissement par un membre du personnel.

1.2 Dispositions spécifiques relatives à l'hébergement permanent

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter du/...../....., date d'entrée du patient, en USLD.

La date d'entrée du patient est fixée entre les deux parties. Elle correspond, sauf en cas de force majeure, à la date de départ de la facturation, même si le patient décide d'arriver à une date ultérieure. Dans ce cas, la tarification s'applique.

À l'entrée du patient dans la structure, il est prévu une période d'essai de 2 mois à compter de la date de signature du contrat de séjour. Au cours de cette période, les deux parties pourront mettre fin librement au contrat de séjour sans préavis ni indemnité.

1.3 Objectifs d'accueil

Les objectifs d'accueil sont les suivants :

- Accueillir le patient dans de bonnes conditions de logement et de sécurité ;
- Accompagner le patient dans ses démarches administratives ;
- Favoriser son insertion au sein de l'établissement ;
- Maintenir ses relations familiales et sociales ;
- Encourager sa citoyenneté ;
- Assurer son bien-être physique et moral ;
- Aider le patient dans l'accomplissement des actes de la vie courante et la réalisation des soins d'hygiène ;
- Assurer la surveillance médicale ainsi que la permanence des soins ;
- Favoriser le maintien et le développement de son autonomie ;

2. Prestations hôtelières

2.1 À la charge de l'établissement

2.1.1 Logement

Un état des lieux réalisé à l'entrée et à la sortie du patient. En cas de dégradations, les frais de remise en état seront imputés au patient, à son représentant légal ou à sa famille.

A la date de la signature du contrat, la chambre n° service Amandier est attribuée à M.....

Le patient bénéficie d'une chambre meublée, équipée d'un lit à hauteur variable adapté aux besoins de la personne, d'un chevet, d'une chaise et d'un fauteuil. Toutes les chambres comportent un placard avec penderie et rangements.

Le patient pourra apporter des objets personnels ou du mobilier peu encombrant, si la configuration des locaux le permet. Pour la fixation d'objets décoratifs, il vous est demandé de vous rapprocher du cadre de santé du service. Le cas échéant, vous veillerez à apporter un téléviseur et des mobiliers non susceptibles de présenter un danger notamment en termes de risque incendie.

2.1.2 Restauration

Les repas sont pris en charge pour les patients. Pour la famille ou les proches, le prix des repas « accompagnant » est fixé par le Conseil de Surveillance annuellement et affiché dans l'établissement. L'Hôpital n'est responsable que des denrées alimentaires fournies par son service restauration.

2.1.3 Blanchissage

Il est exigé un trousseau personnel marqué comme suit :

NOM Prénom HOUDAN

Avec des étiquettes tissées et cousues sur chaque article. A défaut, ce marquage sera effectué par l'établissement à vos frais (voir annexes).

L'établissement s'engage à réduire au minimum les risques encourus, mais l'établissement ne peut être tenu pour responsable du linge personnel perdu ou détérioré accidentellement lors de son lavage, par la blanchisserie hospitalière.

2.1.4 Animation et Vie sociale

- **L'animation** : l'animation a pour objectif d'apporter du plaisir et de procurer du bien-être en favorisant les liens sociaux à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Elle contribue également au maintien des repères et de l'autonomie. Dans le cadre du projet de service, les familles sont associées selon les activités.
La majorité des activités ne donne pas lieu à facturation supplémentaire, sauf les prestations ponctuelles d'animation (voyages, sorties...etc.).
- **Présence de la famille** : elle contribue au maintien du lien social du patient et à son épanouissement.
- L'établissement est amené à effectuer des prises de vue (photos et vidéos), notamment dans le cadre des activités d'animation et de la communication interne / externe de l'hôpital. Chaque patient doit donner ou non son accord en remplissant le document sur « le droit et l'image » (cf. annexe) et le transmettre au service des admissions au moment de son entrée.

2.1.5 Courrier

Le courrier est distribué quotidiennement. Celui à expédier est porté à la Poste par le vaguemestre de l'Etablissement.

2.1.6 Culte

Le patient peut recevoir la visite du ministre du culte de son choix.

2.2 À la charge du patient et/ou de sa famille

2.2.1 Nécessaire de toilette et d'hygiène

Les produits de toilette et d'hygiène tels que la mousse à raser, le rasoir, les lames de rasoir, le dentifrice, ou autres produits pour le nettoyage des appareils dentaires, la brosse à dent, le savon, le parfum, etc... ne sont pas fournis par l'établissement. Il s'agit de produits personnels. Leur renouvellement est à assurer régulièrement. Le patient doit veiller à leur date limite d'utilisation.

2.2.2 Petit matériel

Afin d'éviter les risques de perte, le petit matériel personnel doit être **gravé** au nom ou aux initiales du patient : canne, déambulateur, prothèse dentaire, prothèse auditive, lunettes, etc...
L'établissement ne pourra en aucun cas être tenu responsable en cas de perte ou de détérioration.

2.2.3 Autres prestations

L'établissement propose d'autres prestations telles que coiffeur, pédicure, « la Boutique ».... Ces prestations annexes sont à la charge du patient.

3. Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

Les aides de la vie quotidienne, qui peuvent être apportées au patient, concernent : la toilette, les soins quotidiens du corps (coiffage, rasage..), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie.

L'établissement accompagne le patient dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir au maximum son autonomie.

4. Soins et surveillance médicale et paramédicale

Les seuls médicaments autorisés sont ceux délivrés sur prescription du médecin référent et distribués sous la responsabilité de l'infirmière. Ils sont couverts par le tarif soins versé directement à l'établissement par l'assurance maladie.

Les protections à usage unique pour l'incontinence sont fournies par l'établissement ; leur coût est compris dans le tarif dépendance.

5. Coût du séjour

Les tarifs sont affichés au sein de l'établissement et sont communiqués au moment de l'admission. Ces tarifs évoluent annuellement. Le prix de journée est fixé par un arrêté du Présidents du Conseil Départemental sur proposition du Conseil de Surveillance, conformément à la réglementation applicable aux établissements hospitaliers publics.

L'établissement a signé le 01 janvier 2012 une convention tripartite avec le Conseil Général et l'Assurance Maladie, dont les décisions tarifaires et budgétaires annuelles s'imposent à l'établissement comme à chacun des patients / patients qu'il héberge.

5.1 Frais d'hébergement

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux patients qui remplissent les conditions nécessaires pour en bénéficier.

PRESTATIONS COMPRISES DANS LE TARIF HÉBERGEMENT	PRESTATIONS NON COMPRISES DANS LE TARIF HÉBERGEMENT
Administration générale : Frais d'administration générale Hôtellerie : Mise à disposition d'une chambre Equipement de la chambre Accès et utilisation des locaux collectifs Fourniture du chauffage, de l'électricité et de l'eau Entretien du linge de l'établissement (linge de table, toilette, literie) Restauration Frais de personnels d'entretien Agents des services hospitaliers Travaux de réfection, de maintenance des installations diverses Animation : (excepté certaines prestations ponctuelles)	Transports Télévision Téléphone Journaux Affranchissement du courrier Entretien du linge délicat, nettoyage à sec Nécessaire de toilette Repas accompagnant Frais de coiffure Pédicure Prestations esthétiques Achats personnels (courses, déplacements,...)

5.2 Frais liés à la perte d'autonomie

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant

directement à la prise en charge de cet état de dépendance. Ce tarif est à la charge de la personne accueillie.

En fonction de leur dépendance (évaluation A.G.G.I.R) et du niveau de leurs ressources, les patients peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée à l'autonomie (A.P.A.) versée par le Conseil Général.

Généralement, cette allocation est versée à la personne âgée lorsque celle-ci est placée à titre payant et directement à l'établissement lorsque ses frais d'hébergement sont pris en charge par l'aide sociale. Cependant, cette démarche peut être différente selon les départements.

Le tarif dépendance correspondant au G.I.R 5/6 (ticket modérateur) reste à la charge du patient et / ou de l'aide sociale pour ses bénéficiaires, selon les départements.

5.3 Frais liés aux soins

L'établissement ayant opté pour le tarif global, il assure la rémunération des médecins référents, le coût des médicaments et des actes de laboratoire et de radiologie. Le reste est à la charge du patient notamment les frais de transport sanitaire à l'extérieur de l'établissement pour consulter chez des médecins spécialistes ou dans d'autres établissements de santé.

Les autres soins (consultations de spécialistes, dentistes, radiothérapie) sont à la charge du patient qui se fera rembourser par son assurance maladie et sa couverture complémentaire. (cf. tableau ci-dessous)

Appellation	Définition	Prise en charge par l'Hôpital de Houdan	Prise en charge par le patient (Assurance maladie + mutuelle)
		U.S.L.D	U.S.L.D
Consultation de généralistes	Consultation au CDS ou autre établissement	x	
Auxiliaires médicaux	Consultation au CDS ou autre établissement : actes d'infirmière AMI, kinésithérapie...	x	
Biologie	Examen de laboratoire (hôpital de Dreux, EFS Versailles ...)	x	
Radiologie	examen de radiologie, échographie, mammographie au CDS ou autre établissement	x	
Consultation de spécialistes	Consultation au CDS ou autre établissement	x	
Soins dentaires			x
Scanner et IRM		x	
Bas Chaussettes Collants de contention		x	
Fauteuil à propulsion manuelle		x	
Prothèses orthopédiques			x
Transport sanitaire (SMUR, SAMU, VSL, ambulance...)		selon la spécificité du transport : soit à la charge de l'établissement ; soit à la charge du patient	

Attention : sous réserve de l'évolution de la réglementation.

5.4 Facturation des frais de séjour

• ADMISSION A TITRE PAYANT :

Le jour de son entrée dans l'établissement, le résident doit s'acquitter du paiement d'un acompte forfaitaire (caution) ; il reste acquis à l'établissement en cas de débit, pour quelque raison que ce soit (dégradation, factures, prestations impayées, etc..)

Le montant correspond à 1 mois complet de 31 jours au G.I.R 1/2.

Cette caution est restituée en cas de départ ou de décès du patient dans un délai de deux mois maximum, déduction faite des éventuelles dettes. La demande devra être faite auprès de la Perception de Rambouillet (13 B Rue Pasteur, 78120 RAMBOUILLET)

• ADMISSION AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE :

Lorsqu'une demande d'aide sociale est envisagée, et dans l'attente de l'accord officiel du Conseil Général, les ressources du patient seront intégralement reversées, dès la date d'entrée, au Receveur de l'établissement. Un montant de 10% de ses ressources, dans la limite du minimum vieillesse annuel, doit être laissé à la personne âgée hébergée. Par conséquent, la Perception procédera au calcul et reversera sur le compte du patient la somme correspondante.

Dès notification de l'accord d'aide sociale, une demande de perception de l'ensemble des revenus sera adressée par l'établissement directement aux organismes débiteurs qui effectueront le paiement au Comptable de l'établissement.

En cas de mesure de protection, il appartient au représentant légal de reverser 90% des ressources de son protégé au Trésor Public directement.

Si un refus est notifié par le Conseil Général, une régularisation sera faite, et les règles de facturation seront alors celles applicables à une admission à titre payant.

Les résidents bénéficiant de l'aide sociale sont exonérés du paiement d'un acompte forfaitaire (caution).

• REVALORISATION ANNUELLE DES TARIFS :

Chaque année, les tarifs hébergement, dépendance et soins sont calculés dans le cadre du nouveau budget.

Dans le cas où la tarification n'a pas été fixée avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel elle se rapporte, et dans l'attente de cette décision, celle de l'exercice précédent est reconduite.

Lorsque la nouvelle tarification entre en vigueur, il est procédé sur les sommes versées par le patient (tarifs hébergement et dépendance) à une régularisation en fonction de la date d'application prévue par l'arrêté.

6. Conditions particulières de facturation et conditions de paiement

6.1 En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, la chambre du patient sera facturée selon deux tarifs de réservation :

- Prix de journée « hébergement » à taux plein les 72 premières heures d'hospitalisation, soit le tarif hébergement en vigueur,
- Prix de journée « hébergement » à taux réduit au-delà de 72 heures d'hospitalisation, soit le tarif hébergement minoré du forfait journalier hospitalier en vigueur, et dans la limite de 60 jours consécutifs pour les patients bénéficiaires de l'aide sociale et selon les départements.

6.2 En cas d'absence pour convenances personnelles

Le patient est libre de s'absenter pour une durée indéterminée. Il lui est néanmoins demandé de prévenir le service où il est accueilli, 48 heures avant (feuille de congés à remplir) ainsi que le service des admissions. Durant son absence, le tarif hébergement reste dû.

Le tarif réservation sera alors appliqué selon les mêmes conditions qu'une hospitalisation sans limitation de durée.

6.3 En cas d'entrée différée

Lorsque la date d'entrée du patient a été fixée, la facturation court à partir de cette date, même si le patient décide d'arriver à une date ultérieure. Entre la date fixée et son arrivée, le patient devra acquitter le tarif de réservation

6.4 En cas de résiliation

- À la demande du patient :

La décision de résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle prend effet dans un délai de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre est libérée à la date prévue pour le départ, le loyer est dû jusqu'au complet débarras de celle-ci.

- À l'initiative de l'établissement :

La résiliation peut être prononcée par l'administration, dans les cas suivants :

- Inadaptation de l'état de santé du patient aux possibilités d'accueil de l'établissement :
 - ↳ En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du patient ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin du service et le médecin coordonnateur de l'établissement. La Direction de l'établissement peut alors résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de 30 jours.
 - ↳ En cas d'urgence, la Direction prend toute mesure appropriée sur avis du médecin et du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du patient ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le patient et/ou son représentant légal sont informés par la Direction, dans les plus brefs délais, de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de 30 jours après notification de la décision.
- Non-respect du règlement de fonctionnement ou des dispositions du présent contrat.
- Incompatibilité avec la vie en collectivité :

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le cadre de santé responsable du service et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits reprochés, une décision définitive sera prise par la Direction de l'établissement, dans un délai de 30 jours. La décision définitive est alors notifiée au patient et/ou son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement sera libéré dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

- Défaut de paiement :

Tout retard de paiement égal ou supérieur à un mois fera l'objet d'un entretien personnalisé entre la Direction et la personne intéressée (ou son représentant légal), éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

En cas d'échec suite à cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée au patient et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard de paiement.

En cas de non-paiement dans le délai imparti pour la régularisation, la chambre sera libérée dans un délai de huit jours après la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

La libération de la chambre n'acquiesce pas le patient de la dette due. Seul le paiement intégral le dégagera de sa dette.

➤ Décès :

Le représentant légal et/ou le référent familial ou la personne à prévenir éventuellement désigné par le patient est immédiatement informé par téléphone.

Les effets personnels sont restitués à la famille, s'il ne s'agit pas de valeurs. Il lui est demandé de débarrasser la chambre le plus rapidement possible, les frais de séjour sont facturés jusqu'à qu'elle soit totalement vidée.

Les objets de valeurs ou espèces ne pourront être remis sans l'apport du certificat d'hérédité autorisant ce retrait.

7. Responsabilités respectives

7.1 Assurance

En qualité de structure à caractère administratif, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Les règles générales de responsabilité applicables pour le patient/patient dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée.

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause, le patient doit souscrire une assurance personnelle de responsabilité civile, dont il justifiera chaque année auprès de l'établissement.

7.2 Dépôt numéraire, valeurs et objets de valeurs

Le patient doit prendre ses dispositions pour assurer la gestion et la protection de son patrimoine et de ses valeurs.

A défaut de cette précaution, l'établissement ne pourra être tenu pour responsable de tout dommage affectant ces biens.

De même, l'établissement n'est pas responsable de la perte des appareils auditifs, dentaires, lunettes et autres prothèses médicales ou de confort. Par conséquent, le patient doit prendre ses dispositions pour les assurer contre le risque de perte ou de vol ou de détérioration.

Le patient et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite ou orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

Pour les personnes sous tutelle, l'établissement possède un coffre permettant de gérer les menues dépenses des patients. L'établissement se réserve le droit de refuser le dépôt de fonds trop importants.

8. Droits et obligations du patient

Conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des familles, le patient bénéficie de droits et est soumis à certaines obligations. L'ensemble des droits et obligations est explicité dans le règlement de fonctionnement.

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie constitue une référence. Les libertés s'expriment à travers le respect réciproque du patient, des visiteurs, des salariés de l'établissement et des autres résidents / patients. L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de quelques lignes de conduite détaillés dans le règlement de fonctionnement.

9. La désignation de la personne de référence et la personne de confiance

9.1 La personne de référence

C'est une personne de l'entourage du patient que celui-ci aura désignée, s'il le peut et s'il le souhaite, auprès de l'équipe soignante pour recueillir les informations concernant et les transmettre à son entourage.

Cette démarche pourra être directement sollicitée auprès de son entourage s'il n'est pas en mesure de le faire. Ceci permet d'améliorer la qualité des informations transmises.

9.2 La personne de confiance

Le patient peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance n'a pas le pouvoir de représenter légalement la personne ; elle ne peut que donner des avis et n'a pas le droit de consentir à sa place.

En cas de mesure de tutelle, le juge peut soit confirmer, soit infirmer le rôle de la personne de confiance.

Le secret médical est levé pour la personne de confiance qui peut ainsi échanger avec le médecin.



CONCLUSION DU CONTRAT

Le contrat de séjour est conclu le/...../..... entre :

D'une part,
L'hôpital de Houdan situé 42 Rue de Paris à HOUDAN (78550)

Représenté par

D'autre part,
Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Né (e) à

Dénommé (e) le patient dans le présent document.

Le cas échéant, représenté (e) par

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Agissant en qualité de tuteur, de curateur, dénommé le représentant légal (joindre copie du jugement de tutelle ou curatelle).

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de résiliation et du coût du séjour,

M

Ayant produit les dossiers administratifs et médicaux est admis :

- SERVICE AMANDIER CHAMBRE N°

M joint à ce dossier une attestation d'assurance responsabilité civile établie par son assureur.

M déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, qui est joint au présent contrat.

Signature du patient

Signature de la Direction

ou du représentant légal



CONCLUSION DU CONTRAT

Le contrat de séjour est conclu le/...../..... entre :

D'une part,
L'hôpital de Houdan situé 42 Rue de Paris à HOUDAN (78550)

Représenté par

D'autre part,
Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Né (e) à

Dénommé (e) le patient dans le présent document.

Le cas échéant, représenté (e) par

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Agissant en qualité de tuteur, de curateur, dénommé le représentant légal (joindre copie du jugement de tutelle ou curatelle).

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de résiliation et du coût du séjour,

M

Ayant produit les dossiers administratifs et médicaux est admis :

- SERVICE AMANDIER CHAMBRE N°

M joint à ce dossier une attestation d'assurance responsabilité civile établie par son assureur.

M déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, qui est joint au présent contrat.

Signature du patient

Signature de la Direction

ou du représentant légal

Exemplaire à conserver



ANNEXES

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisirez librement dans votre entourage.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

- **pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux** : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ;
- **dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions** : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens). De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, **en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.**

En revanche, dans le cas très particulier de la **recherche biomédicale**, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, **l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance.**

Qui puis-je désigner ?

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, votre médecin traitant...

La personne que vous désignez comme personne de confiance peut être aussi celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir » en cas de nécessité : **personne de confiance et personne à prévenir peuvent ou non être la même personne.**

Comment désigner ma personne de confiance ?

La désignation doit se faire **par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment** et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas,

il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer la prise en compte de ces changements.

Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment.

Dans le cas d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance **au moment de votre admission**. Mais vous pouvez également le faire **avant votre hospitalisation ou au cours de votre hospitalisation**. Ce qui importe c'est d'avoir bien

réfléchi et de vous être assuré(e) de l'accord de la personne que vous souhaitez désigner avant de vous décider.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour toute la durée de cette hospitalisation. **Si vous souhaitez que cette validité soit prolongée**, il suffit t que vous le précisiez (par écrit, de préférence). Toutes les informations que vous aurez données à propos de votre personne de confiance seront classées dans votre dossier médical conservé au sein de l'établissement.

Dans quel cas ne puis-je pas désigner une personne de confiance ?

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur.

EN RÉSUMÉ

- Vous pouvez donner **vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer**. Même si envisager à l'avance cette situation est toujours difficile, voire angoissant, il est important d'y réfléchir.
- **Toute personne majeure** peut les rédiger, mais **ce n'est pas une obligation**.
- Des **modèles** de formulaire sont disponibles (<http://has-sante.fr>)
- Elles sont valables **sans limite de temps** mais vous **pouvez les modifier ou les annuler à tout moment**.
- Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, vous pouvez exprimer vos souhaits sur la mise en route ou l'arrêt de réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, sur **le maintien artificiel** de vos fonctions vitales et sur vos attentes. Vous pouvez en **parler avec votre médecin** pour qu'il vous aide dans votre démarche ; il pourra vous expliquer les options possibles, en particulier le souhait ou le refus d'un endormissement profond et permanent jusqu'à la mort.
- Cette réflexion peut être l'occasion d'un **dialogue avec vos proches**.
- C'est également l'occasion de désigner **votre personne de confiance** (personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer) : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment.
- Il est important d'**informer** votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles.
- Dans tous les cas, **votre douleur sera traitée et apaisée**. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

ENGAGEMENT À PAYER LES FRAIS D'HEBERGEMENT

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

.....

Je soussigné(e) :

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

.....

Tél :

Degré de parenté, ou qualité pour représenter le patient :

M'engage :

- À payer la totalité des frais restant dus à l'U.S.L.D de l'Hôpital de Houdan à l'adresse suivante :

TRÉSORERIE de RAMBOUILLET - 13 B rue Pasteur - 78120 RAMBOUILLET

Par chèque bancaire ou postal, libellé à l'ordre du Trésor public

Par virement à la Banque de France

Par versement en espèces

- En cas de rejet d'une demande d'aide sociale, à régler la totalité ou le solde restant dû à la TRÉSORERIE de Rambouillet
- En cas d'admission à l'aide sociale, à verser à la TRÉSORERIE de Rambouillet, à compter de la demande d'aide sociale, la totalité des ressources dont bénéficie le résident et de ne pas disposer des fonds, valeurs ou biens lui appartenant.
- Avoir pris connaissance que:
 - ↳ le tarif journalier (hébergement + dépendance) est révisé chaque année. Le nouveau tarif sera celui mentionné dans l'Arrêté du Conseil Départemental fixant les prix de journée pour l'hébergement et la dépendance de l'exercice en cours.
 - ↳ en cas d'absence pour convenance personnelle (vacances, fêtes de famille...) nécessitant la location d'équipements médicaux ou non médicaux (lit, soulève malade, chaise percée, matelas...) et/ou l'achat de pansements, coussins anti-escarres ; tous les frais de location sont financièrement à ma charge.
 - ↳ toute demande de remboursement auprès de la Caisse d'Assurance Maladie est à réaliser directement par mes soins
 - ↳ les équipements loués devront être restitués au prestataire la veille ou le jour même du retour au sein du service afin de clôturer la période de remboursement par la CPAM.

Fait à le

Signature, (précédé de la mention lu et approuvé)

Ce formulaire est à remettre aux admissions au moment de votre entrée.



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom..... Prénom :.....

Service dans lequel se trouve le résident/patient :

ayant la qualité de : résident / patient

représentant légal de M. ou M^{me}

autre :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorise

N'autorise pas

Adresse mail de la personne référente :

L'Hôpital de Houdan représenté par agissant en qualité de
..... à :

me photographier sans contrepartie financière.

me filmer sans contrepartie financière.

Cette autorisation est consentie dans les conditions suivantes :

- Pour l'utilisation strictement définie ci-après :
 - Site internet de l'Hôpital de Houdan
 - Plaquettes/brochures sur l'Hôpital de Houdan
 - Outils de formation (Powerpoint...)
 - Journal interne / animation
 - Presse locale
 - Reportage télévisé
 - Autre :
- Pendant une durée de 10(dix) ans à compter de la date de signature de cette présente autorisation. Cette dernière sera détruite en cas de décès de la personne concernée et peut être révoquée à tout instant en le signalant au service communication, par courrier.
- Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des photos et/ou film ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée et à l'intégrité de la personne prise en photo ou filmée.
- Cette autorisation ne pourra pas être utilisée par l'Hôpital de Houdan à des fins commerciales.

Fait à le

En deux exemplaires originaux

Signature



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom..... Prénom :.....

Service dans lequel se trouve le résident/patient :

ayant la qualité de : résident / patient

représentant légal de M. ou M^{me}

autre :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorise N'autorise pas

Adresse mail de la personne référente :

L'Hôpital de Houdan représenté par agissant en qualité de
..... à :

me photographier sans contrepartie financière.

me filmer sans contrepartie financière.

Cette autorisation est consentie dans les conditions suivantes :

- Pour l'utilisation strictement définie ci-après :
 - Site internet de l'Hôpital de Houdan
 - Plaquettes/brochures sur l'Hôpital de Houdan
 - Outils de formation (Powerpoint...)
 - Journal interne / animation
 - Presse locale
 - Reportage télévisé
 - Autre :
- Pendant une durée de 10(dix) ans à compter de la date de signature de cette présente autorisation. Cette dernière sera détruite en cas de décès de la personne concernée et peut être révoquée à tout instant en le signalant au service communication, par courrier.
- Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des photos et/ou film ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée et à l'intégrité de la personne prise en photo ou filmée.
- Cette autorisation ne pourra pas être utilisée par l'Hôpital de Houdan à des fins commerciales.

Fait à le

En deux exemplaires originaux

Signature



INVENTAIRE DES PIÈCES DELIVREES

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Dénommé (e) le patient dans le présent document.

Le cas échéant, représenté (e) par

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Agissant en qualité de tuteur, de curateur, dénommé le représentant légal (joindre copie du jugement de tutelle ou curatelle)

Déclare avoir pris connaissances et/ou rempli les documents suivants :

DOCUMENTS PRÉSENTÉS	OUI	NON
Contrat de séjour		
Règlement de fonctionnement		
Livret d'accueil de l'hôpital		
La personne de Confiance		
Les directives anticipées		
La lettre d'engagement de payer les frais d'hébergement		
Le droit à l'image		
L'état des lieux		
Les tarifs d'USLD		
Les tarifs des autres prestations		

Fait le

A

Signature

Exemplaire pour le service des admissions



INVENTAIRE DES PIÈCES DELIVREES

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Dénommé (e) le patient dans le présent document.

Le cas échéant, représenté (e) par

Mme ou Mr
(Indiquez nom et prénom)

Agissant en qualité de tuteur, de curateur, dénommé le représentant légal (joindre copie du jugement de tutelle ou curatelle)

Déclare avoir pris connaissances et/ou rempli les documents suivants :

DOCUMENTS PRÉSENTÉS	OUI	NON
Contrat de séjour		
Règlement de fonctionnement		
Livret d'accueil de l'hôpital		
La personne de Confiance		
Les directives anticipées		
La lettre d'engagement de payer les frais d'hébergement		
Le droit à l'image		
L'état des lieux		
Les tarifs d'USLD		
Les tarifs des autres prestations		

Fait le

A

Signature

Exemplaire à conserver