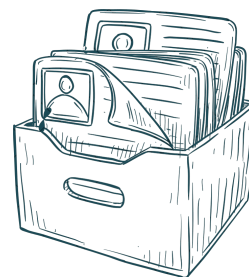




ANNEXES *au* **CONTRAT DE SÉJOUR**

Coordonnées de la personne en charge des démarches administratives



Cette annexe doit être remplie, dûment signée et retournée au secrétariat de l'Etablissement le jour de l'entrée du résident.

DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Je soussigné(e) :

Nom Marital :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Lien avec le résident :

Numéro de téléphone :

Portable : Fixe :

Adresse mail :@.....

J'autorise l'EHPAD à me transmettre des informations (journal des EHPAD, attestations, courriers d'information, etc...) par mail :

☐ Oui

☐ Non

Fiche d'autorisation d'appels téléphoniques en cas d'incident



Afin de prendre en compte vos attentes et vos souhaits, merci de bien vouloir indiquer, dans cette annexe, votre position en cas de problème, de chute, d'hospitalisation ou de décès.

Nom et Prénom de la personne accompagnée :
.....

Nom et Prénom de la personne à prévenir :
.....

Coordonnées téléphonique :

Lien de parenté :

Je souhaite être prévenu à tout moment (jour et nuit)

- ☐ En cas d'urgence vitale (état de santé préoccupant)
- ☐ En cas d'urgence relative (état de santé fragilisé mais stable)
- ☐ En cas d'incident non urgent et sans conséquence (état de santé stable)

Je souhaite être prévenu uniquement en journée :

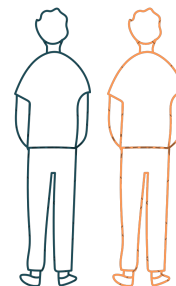
- ☐ En cas d'urgence vitale (état de santé préoccupant)
- ☐ En cas d'urgence relative (état de santé fragilisé mais stable)
- ☐ En cas d'incident non urgent et sans conséquence (état de santé stable)

Commentaires :
.....
.....
.....
.....

Fait à Cassis, le

Signature :

Information de la personne de confiance



« Art. L. 1111-6. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-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 malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

MOMENT DE DÉSIGNATION

- Lors de votre entrée dans notre établissement médicosocial
- La personne de confiance est une personne majeure
- C'est vous qui choisissez votre personne de confiance.
- La désignation doit se faire par écrit, celle-ci est révocable à tout moment.
- Désigner une personne de confiance est une possibilité, ce n'est pas obligatoire.

SES MISSIONS POUR VOUS

- Vous accompagner dans les démarches liées à votre prise en charge et aux prestations sociales
- Peut assister à vos rendez-vous médicaux (avec votre accord)
- Dans le cadre d'une hospitalisation, la personne de confiance peut accéder au dossier médical (uniquement avec votre accord préalable).
- À défaut de directives anticipées, la personne de confiance sera consultée dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure collégiale questionnant l'arrêt ou la limitation des traitements et des soins.
- Porte parole de votre volonté, son témoignage prévaut sur tous les autres
- Vous aider à prendre des décisions concernant votre santé et participer au recueil de votre consentement.
- De respecter votre vie privée et de ne pas divulguer d'informations sans votre accord (devoir de confidentialité).

SES MISSIONS POUR L'ÉTABLISSEMENT

- Peut être consultée par l'établissement en cas de difficultés dans la connaissance et la compréhension des droits de la personne.

Désignation de la personne de confiance

C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui témoignera de mes choix.



JE DIS QUI JE SUIS



Mon Nom et Prénom :

Ma date et lieu de naissance :

JE DÉSIGNE MA PERSONNE DE CONFIANCE

☐ **Souhaite désigner comme personne de confiance :**

☐ Un parent

☐ Un proche

☐ Mon médecin traitant

Son nom et prénom :

Sa date et lieu de naissance :

Son adresse :

Son numéro de téléphone :

Son adresse e-mail :@.....

- 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

- J'indique également que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance **en cas d'hospitalisation** :

☐ Oui ☐ Non

☐ **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance** et désire rester l'unique interlocuteur de l'équipe médicale et paramédicale. Cette dernière s'en remet à ma famille, le cas échéant à mes proches, si ma situation m'empêchait d'exprimer ma volonté.

☐ **N'est pas en état de désigner une personne de confiance.**

Date et Ma signature :

Date et Signature de la personne de confiance :

Directives anticipées



C'est une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

COMMENT ÇA MARCHE ?



QUI PEUT LES ÉCRIRE ?

Toute personne majeure.

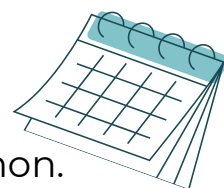
La personne majeure sous tutelle peut rédiger des Directives Anticipées avec l'autorisation du juge (ou conseil de famille s'il existe).

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez faire appel à deux témoins, dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place.

QUAND PEUT-ON LES ÉCRIRE ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non.

Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.



COMMENT LES RÉDIGER ?

Vous pouvez les rédiger sur papier libre daté et signé, de manière manuscrite ou dactylographiée.

Nous pouvons également vous mettre à disposition des formulaires adaptés à votre situation pour vous aider.

Directives anticipées



AVEC QUI EN PARLER ?

DEMANDEZ DES CONSEILS

- Professionnel de santé
- Personne de confiance, proche ou famille
- Association de patients ou d'accompagnement
- Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



PENSEZ À INDIQUER LEUR EXISTENCE

- Médecin traitant
- Personne de confiance
- Proches, famille



MES VOLONTÉS

☐ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

☐ Je n'ai pas de Directives anticipées mais je souhaite en parler avec un professionnel.

☐ J'ai rédigé mes directives anticipées :

Localisation :

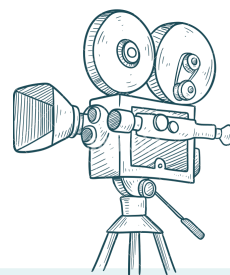
(Merci de nous faire parvenir une copie pour enregistrement)

Date :

Signature :



Autorisation de droit à l'image



Le droit à l'image, c'est autoriser l'établissement à mettre une photo ou une vidéo de moi.

Personne ne peut utiliser mon image sans mon accord - C'est la loi !

Je dois remplir obligatoirement une autorisation écrite qui sera conservée dans mon dossier et mes volontés seront appliquées par l'ensemble des professionnels.

Je soussigné(e) :

Mon nom et prénom :

Ou le représentant légal :

Accepte d'être pris en photo ou en vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties :

☐ Oui

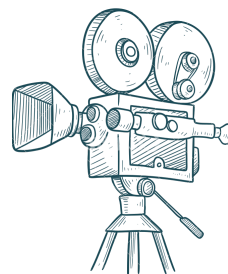
☐ Non

SI OUI, REMPLIR LE VERSO





Autorisation de droit à l'image



SI OUI, JE DONNE MON ACCORD POUR SA DIFFUSION :

Utilisation de mon image en interne : ☐ Oui ☐ Non

- Photo sur la porte de ma chambre (pour m'aider à retourner dans ma chambre)
- Photo dans mon Dossier Usager Informatisé (pour limiter le risque d'erreur)
- Pour le Journal Interne de l'EHPAD et du Centre Hospitalier de La Ciotat (pour valoriser nos animations)
- Sur le tableau d'affichage des animations (en souvenir des moments de partage)
- Pour mon suivi médical (ex : suivi des plaies ...) qui seront exclusivement enregistrées dans mon dossier médical

Utilisation de mon image en externe : ☐ Oui ☐ Non

(pour valoriser les actions mises en place dans notre structure)

- Pour les médias locaux et/ou régionaux (presse, télévision, radio)
- Pour notre Site Internet
- Pour les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn)
- Pour le Journal Interne de l'EHPAD et du Centre Hospitalier de La Ciotat

J'ai compris que la prise et l'utilisation de mon image :

- Se réalisera toujours dans le respect de ma dignité et sans porter atteinte à ma vie privée ;
- A caractère gratuit ;
- Avec une durée de conservation de 5 ans et réévalué lors de chaque PAP ;
- Je peux changer d'avis quant à l'utilisation et la diffusion de mon image. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et d'effacement sur mon image. Pour cela, je peux transmettre ma demande écrite à la Direction et un nouveau formulaire me sera remis puis archivé dans mon dossier pour mise en application de mon choix.

Signature :

Date :

- ☐ Personne accompagnée
☐ Représentant légal
☐ Personne de confiance

Consentement pour les visites lors des inspections



La personne accompagnée, en signant le présent contrat de séjour, donne sa position de principe pour permettre aux inspecteurs relevant de l'article L.1421-1 du Code de santé publique d'accéder aux parties privatives telles que les chambres, dans le cadre des inspections sur site régulières ou exceptionnelles.

Ces visites ont pour objectif de **vérifier la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes accompagnées.**

Les conditions suivantes s'appliquent pour ces visites :

- Les inspecteurs s'engagent à respecter la vie privée et la dignité de la personne accompagnée lors de ces visites. Les inspections se feront de manière discrète et respectueuse.
- La présence au sein d'une même chambre sera limitée à deux membres de la mission d'inspection.
- Toute information recueillie lors de ces visites sera traitée avec la plus grande confidentialité et uniquement utilisée dans le cadre de l'inspection.

En toute circonstance et à tout moment, la personne accompagnée conserve son droit d'opposition à la visite de ses parties privatives. À ce titre, elle peut exercer ce droit au moment de l'inspection.

☐ **Accord** pour permettre aux inspecteurs d'accéder à mon espace privatif

☐ **Refus** de permettre aux inspecteurs d'accéder à mon espace privatif

Fait à , le

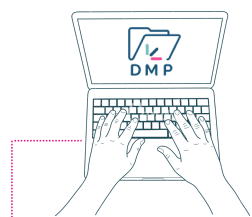
Signature :

Mon Espace Santé : un carnet de santé numérique



Mon espace santé (Dossier Médical Partagé ou DMP) est un espace sécurisé en ligne afin de stocker vos informations médicales et les partager avec les professionnels de santé qui vous soignent, tout en respectant votre consentement.

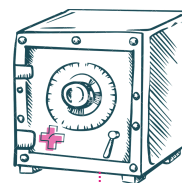
Une messagerie santé permet également de communiquer entre professionnels de santé, et avec vous.



Gardez toutes vos informations de santé en ligne



Facilitez votre prise en charge en cas d'urgence



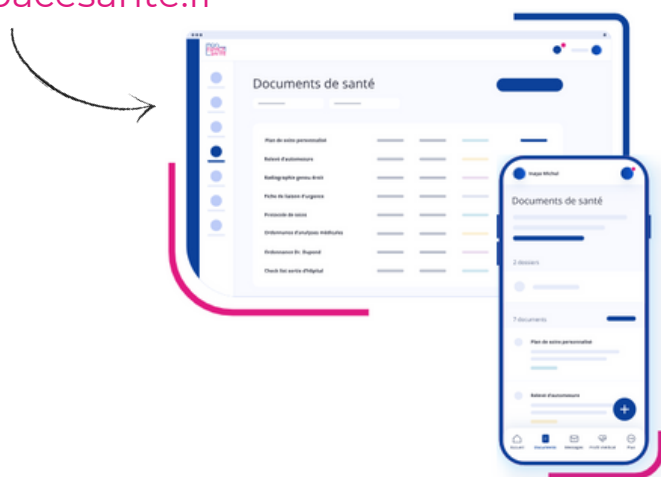
Bénéficiez d'un service confidentiel et hautement sécurisé

COMMENT CRÉER MON ESPACE SANTÉ ?

Le DMP est sur mon ordinateur ou sur mon smartphone.

Rendez-vous sur :

www.monespacesante.fr



Sur l'application
Mon Espace Santé

Je clique sur « **Activer Mon espace santé** ».

Pour le créer, j'ai besoin de :

- Mon numéro de sécurité sociale
- Mon numéro de série de Carte Vitale
- 5 minutes de mon temps

Je peux aussi clôturer ou m'opposer à Mon espace santé.

Consentement à l'alimentation du Dossier Médical Partagé



QUE RETROUVE-T-ON DANS MON DMP ?



Consultations, prescriptions
Professionnels de santé



**Compte-rendu
d'hospitalisation**
Centre Hospitalier



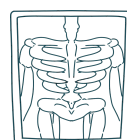
Historique des remboursements
Assurance Maladie



Covid
Résultats de dépistage,
attestation de vaccination



Résultats d'analyse
Laboratoire



**Compte-rendu
d'imagerie**

Notre établissement s'engage dans le déploiement du DMP, et est aujourd'hui en capacité de l'alimenter et de le consulter pour améliorer votre prise en charge. Cet outil est essentiel pour votre prise en charge dans les situations d'urgence.

Nom :

Prénom(s):

Avez-vous un Espace Santé (DMP) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nous autorisez-vous à l'alimenter et le consulter ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, nous vous recommandons fortement de réaliser les démarches nécessaires.

Acceptez-vous que nous échangions entre professionnels de santé depuis une messagerie sécurisée (MSSanté) ? ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature :

- ☐ Personne accompagnée
☐ Représentant légal
☐ Personne de confiance