

LIVRET D'ACCUEIL DU RESIDENT EHPAD Résidence Trianon



Établissement d'Hébergement
pour Personnes Âgées Dépendantes
30, rue Trianon – 45310 Patay
Tel : 02 38 21 12 00
E-mail : residencetrianon@orange.fr
Site internet : <http://www.ehpapataytrianon.net>

Bienvenue à l'EHPAD Résidence Trianon

Chères résidentes, chers résidents, chères familles,

L'ensemble du personnel et moi-même vous souhaitons la bienvenue à l'EHPAD Résidence Trianon. Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Ce livret d'accueil a été réalisé à votre attention, que vous soyez résident ou proche d'un résident, afin de vous informer sur le fonctionnement de notre établissement, les démarches à suivre, vos droits et vos devoirs. Il vous permettra de disposer d'informations utiles notamment pour préparer votre arrivée.

Chaque personne accueillie est unique et bénéficie, à ce titre, d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de recueillir ses besoins et de bâtir avec son entourage un projet d'accompagnement personnalisé.

La mise en œuvre d'un management par la qualité, la présence d'une équipe de soins pluricompétente, motivée et bientraitante et les améliorations architecturales, visent à concourir à la qualité de ce séjour.

L'EHPAD est un lieu de vie, où des activités et ateliers variés, récréatifs ou culturels sont proposés, avec des sorties et des espaces de rencontres pour échanger et partager des moments de convivialité.

Cette partie de la vie est importante. Ainsi nous souhaitons que chaque famille ainsi que les proches soient accompagnés pour le maintien du lien avec le résident notamment en favorisant les moments de partage (sortie en famille, vacances, activités, ...)

Notre souci de chaque instant est d'être à votre écoute, de répondre à vos attentes et d'assurer votre bien-être en toute sécurité au sein de notre établissement.

Nous vous remercions d'avoir choisi l'EHPAD Résidence Trianon.

La Directrice

Table des matières

PRESENTATION ET MISSIONS.....	3
Présentation.....	3
Missions	4
CADRE DE VIE	5
Situation géographique :.....	5
Présentation des bâtiments et des locaux.....	6
LA CHAMBRE	8
LES ESPACES ET LOCAUX COMMUNS :.....	8
ESPACES EXTERIEURS.....	10
LA MASCOTTE : Cracotte.....	10
PRISE EN CHARGE, ACCOMPAGNEMENT ET SOINS	11
Les personnels qui vous entourent :.....	11
Projet Personnalisé :	12
Le Référent Famille :	12
Désignation d'une Personne de Confiance :.....	12
Les formalités administratives	13
La pré-admission	13
Les frais de séjour, conditions financières :	14
ANNEXES	16
I. CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE AGÉE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE.	17
II. PLANS D'ACCÈS	19
III. PERSONNE DE CONFIANCE.....	21
IV. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT.....	33
V. ADRESSES UTILES –INFOS PRATIQUES	34
VI. MÉMENTO PERSONNEL	35

L'actualisation du Livret d'accueil a reçu l'avis favorable du Conseil de la Vie Sociale le 20/06/2023 et du Comité Social d'Établissement le 27/06/2023.

Il a été adopté par le Conseil d'administration le 28/06/2023

PRESENTATION ET MISSIONS

Présentation



L'EHPAD Résidence Trianon est un Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Il est aujourd'hui rattaché au Centre hospitalier Lour Picou à Beaugency et aux EHPAD Le Champgarnier à Meung-sur-Loire et Villecante à Dry.

L'EHPAD Résidence Trianon a pour vocation d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées du territoire. Géographiquement, la structure est située au sein de la commune de PATAY, en centre-ville.

L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes d'au moins 60 ans (*sauf dérogation d'âge acceptée par les autorités concernées*). Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement. Elle répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

Il est un lieu de vie et d'humanité, un lieu où l'on habite et pas seulement un lieu de soin.

La Résidence Trianon s'est agrandie au fil des années. Elle dispose uniquement de chambres individuelles réparties sur 4 niveaux et 4 bâtiments attenants : A, B, C et D. Dix chambres peuvent communiquer entre elles deux par deux, permettant d'accueillir des couples.

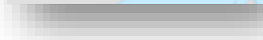
Missions

La présence d'une équipe de soins paramédicaux, dotée d'un médecin coordonnateur permet d'offrir un accompagnement répondant aux besoins des personnes âgées dont le maintien à domicile est devenu difficile.

Les orientations de notre projet de vie sont les suivantes :

- **Être d'abord un lieu de vie**, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- **Être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance** conciliant liberté et sécurité pour chacun ;
- **Être un lieu de prévention et de soins** où sont prodigués de façon coordonnée des prestations médicales et paramédicales adaptées à l'état de santé de chacun ;
- **Être un lieu où l'animation contribue au maintien de la vie sociale.**

Situation géographique :



allé au cœur d'un village de la Petite Beauce d'environ 2 000 habitants

À proximité de la Résidence, vous trouverez commerces et services comme :

A map of Paris, France, centered around the Gare d'Orléans station. The map shows several streets including Rue Tolon, Rue de la Poënie, Rue de Valenciennes, Rue de la Vierge, and Rue du 15 Août 1944. A red pin marks the location of the apartment at 10 rue Tolon. Other landmarks include the Gare d'Orléans station, the Gare de Vincennes, and the Gare de la Poënie. The map also shows the Bois de Vincennes and the Bois de Boulogne.

Présentation des bâtiments et des locaux

ENTREE PIETONNE



BATIMENT A



BATIMENT B



BATIMENT D



JONCTION BATIMENT D ET BATIMENT C – Vue arrière de l'établissement

Accès sur les espaces verts



L'accès du bâtiment est facilité par des plans inclinés et par la galerie située près de la garderie périscolaire.



LA CHAMBRE

Vous disposez d'une chambre individuelle, lieu d'intimité et de vie qui vous est réservé.

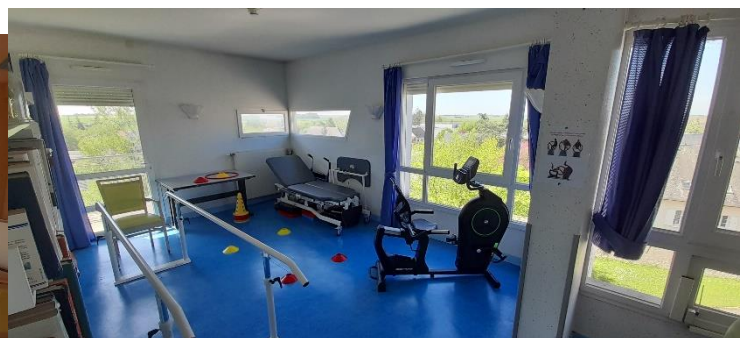


LES ESPACES ET LOCAUX COMMUNS :

En complément du logement attribué, vous avez accès à des locaux et équipement collectifs :



- Une salle à manger sur 2 niveaux (tables de 2 à 5 personnes)
- Des petits salons avec télévision, réfrigérateur
- une salle d'animation
- Une véranda
- Un lieu de culte

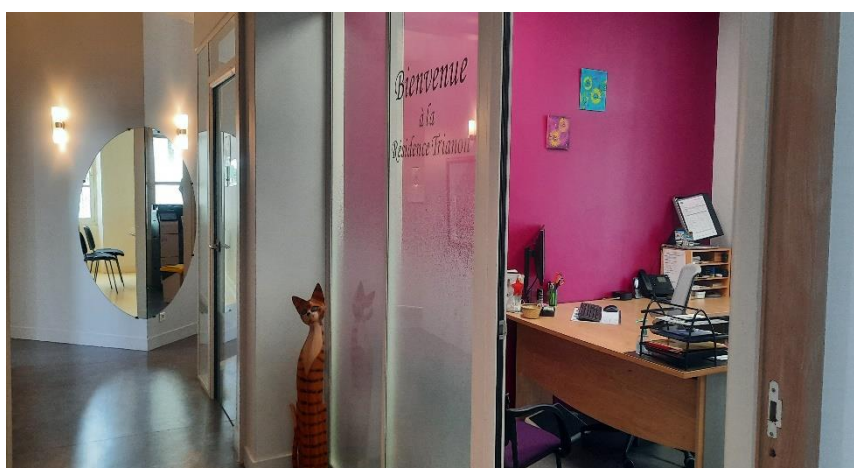


Des petits salons sont à votre disposition à chaque niveau dans lesquels vous pouvez vous retrouver avec votre famille ou vos visites.



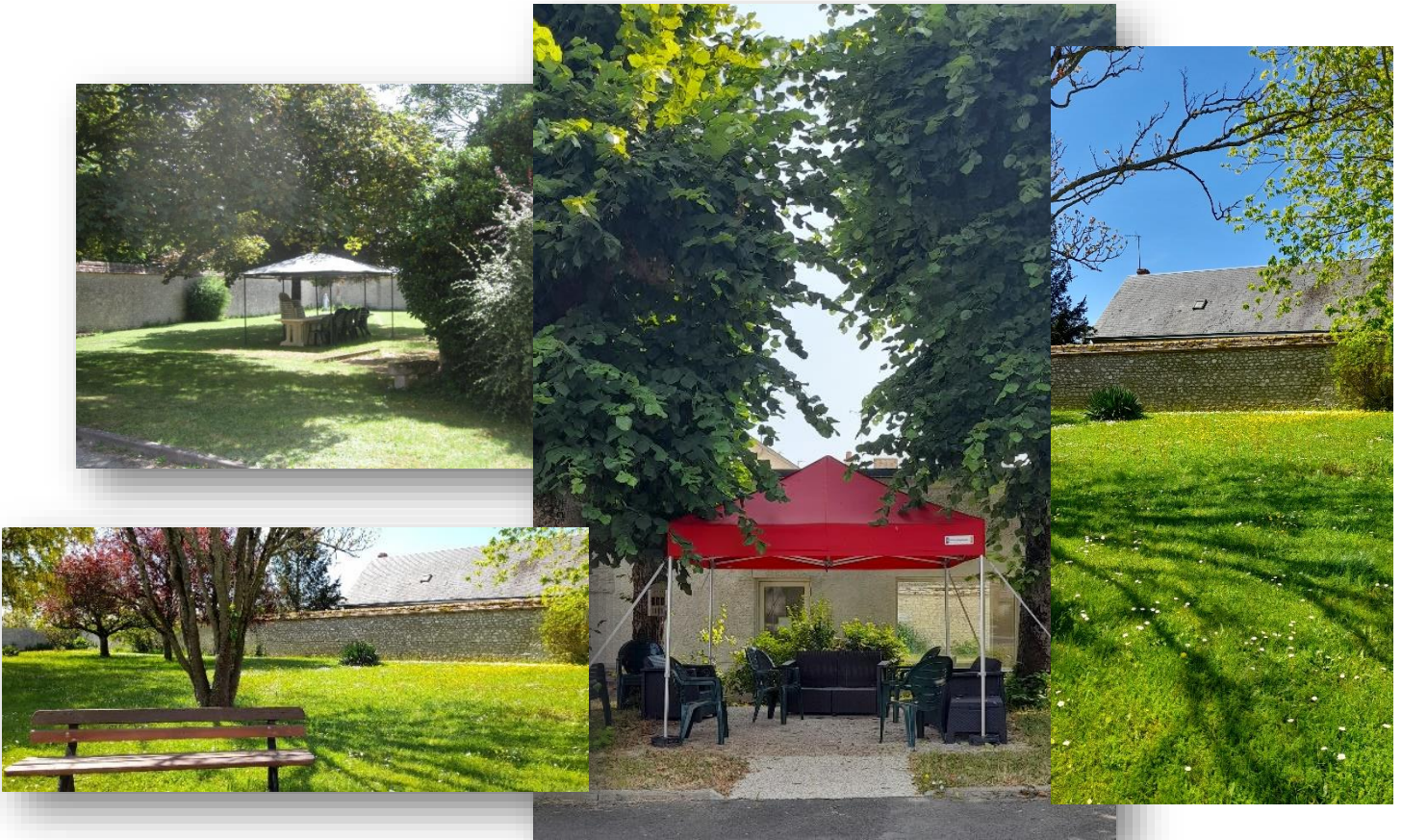


❖ Hall d'Accueil



Accueil – Administration – Direction – Bâtiment A

ESPACES EXTERIEURS



LA MASCOTTE : Cracotte



PRISE EN CHARGE, ACCOMPAGNEMENT ET SOINS

Les personnels qui vous entourent :

Sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordinatrice, une équipe d'infirmiers, d'agents et d'aides-soignants assurent la gestion et l'animation de l'établissement.

Cette équipe de professionnels se compose de personnel administratif et technique, d'agents des services hospitaliers, de personnel paramédical et d'intervenants extérieurs.

L'équipe hôtelière et logistique chargée de la qualité de votre confort au quotidien : Agents des Services Hospitaliers (ASH - entretien ménager, service des repas), Agents de lingerie, Agents des services techniques.

L'équipe d'animation qui vous propose différentes activités afin de créer du lien social, de stimuler chaque personne selon ses capacités, de lutter contre la personne d'autonomie, de renforcer votre bien-être et de permettre de favoriser les liens avec l'extérieur et votre famille.

L'équipe soignante chargée de vos soins et d'une aide aux gestes de la vie quotidienne : Infirmiers, Aides-Soignants, et Agents des services Hospitaliers faisant fonction d'aide-soignant.

L'équipe médicale chargée du suivi de votre santé : Médecins traitants libéraux, Médecin Coordonnateur.

L'équipe paramédicale : Kinésithérapeutes libéraux, diététicienne,

L'équipe administrative : la Directrice et les Agents Administratifs chargés de l'accueil, des dossiers administratifs d'admission et frais de séjour.

Projet Personnalisé :

Avec votre accord, la constitution d'un projet personnalisé vous est proposée : établi avec votre participation et l'équipe pluri-professionnelle, il permet un accompagnement le plus adapté possible en fonction de vos besoins, désirs et demandes. Établi dans les 6 mois, il fait partie d'un avenant au contrat de séjour.



Le Référent Famille :

Afin de faciliter la communication, une personne « Réfèrent Familial » sera volontaire parmi les proches. C'est lui qui sera destinataire des courriers émis par l'établissement dont les invitations aux réunions des familles, est responsable de la restitution de la chambre au départ du Résident. C'est à lui que revient de transmettre les informations aux autres personnes proches du Résident et à faciliter la collaboration et la communication pour le bien-être du

Résident.

Le rôle du référent familial est distinct de celui de la personne de confiance.

Désignation d'une Personne de Confiance :

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, communiquez votre choix à l'établissement par écrit, sur le formulaire adapté lors de votre admission. (Documents d'information et formulaire de désignation joints au livret d'accueil).



Les formalités administratives

La pré-admission

« Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans l'accord de l'intéressé »¹

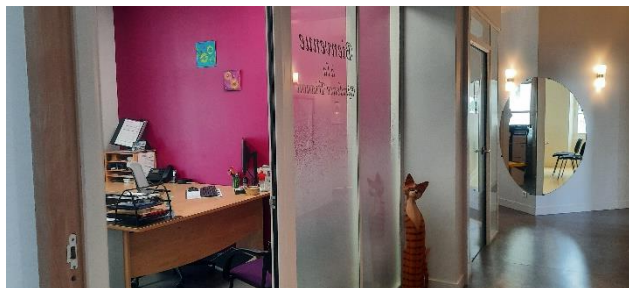
Une demande d'admission doit être transmise à l'établissement sur Viatrajectoire.

- Une fois complété, votre dossier sera examiné par la commission d'admission afin d'être certains que l'établissement soit bien adapté à votre prise en charge et en fonction, de définir un projet personnalisé.

Une visite de rencontre pourra être programmée avec le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice ; ce temps vous permettra de visiter l'établissement, d'en connaître son fonctionnement et de répondre à vos interrogations. Pour ce temps, n'hésitez pas à venir accompagné de l'un de vos proches.

Votre admission sera prononcée par la direction après avis de la commission d'admission étudiant le dossier administratif et médical.

Nous vous recontacterons pour vous informer du résultat de votre demande, et préparer en cas d'acceptation votre dossier d'admission.



A l'occasion de votre arrivée, un repas d'accueil est organisé dans le salon des invités, avec quelques membres de votre famille (2 repas sont offerts), de l'animatrice, de Résidents et d'une infirmière. Ensuite, l'animatrice vous consacrera du temps à votre installation.

¹ Charte établie par la commission « Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie en 1986

Les frais de séjour, conditions financières :

Le coût du séjour est représenté par :

- Un tarif journalier « Hébergement »
- Un tarif journalier « Dépendance »
- Un tarif journalier « Soins »

Tarif « hébergement »

Le tarif journalier est fixé annuellement par le Conseil Départemental du Loiret.

Il est à la charge de la personne âgée ou le cas échéant, une demande d'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) peut être effectuée sous condition de ressources. Dans ce cas, les possibilités financières des enfants seront examinées par les services du Conseil Départemental, afin de déterminer s'il leur est possible de participer aux frais d'Hébergement. (cf grille tarifaire en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours en annexe du contrat de séjour).

Tarif « dépendance »

Les tarifs « dépendance » sont fixés annuellement par le Conseil Départemental du Loiret.

Ils sont modulés en fonction du niveau de dépendance « GIR » de la personne âgée. Il peut être pris en charge par le Conseil Départemental dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Une participation peut rester à votre charge en fonction de votre degré de dépendance ; elle correspond au tarif GIR5/6 de l'établissement qui est révisé chaque année.

Les prestations incluses dans les tarifs hébergement et dépendance comprennent :

- L'hébergement,
- L'éclairage,
- L'eau,
- L'entretien de la chambre,
- La pension complète,
- L'animation,
- La fourniture et le blanchissage des serviettes de bain, draps et couvertures (chez un prestataire externe),
- L'entretien du linge personnel (chez un autre prestataire externe),
- Les changes à usage unique en cas de besoin,

- Les aides dans les actes de la vie quotidienne.

Sont à votre charge :

- La fourniture d'un trousseau lors de l'admission et son renouvellement autant que de besoin,
- Les journaux ou revues,
- Votre forfait de téléphonie.

Tarif « soin »

La surveillance médicale, à l'exception des prestations libérales (médecin libéral, kinésithérapeute libéral, biologie, radiologie, etc.), est financée par une dotation partielle « soin » versée par l'Assurance maladie directement à l'établissement.

Sont à votre charge :

- Les prothèses,
- Les soins dentaires,
- Les frais d'appareillage,
- Les consultations de libéraux généralistes et spécialistes,
- Les transports sanitaires.



Pour plus de précisions se référer au règlement de fonctionnement (en annexe de ce document)

ANNEXES

- 1.CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE AGEÉ EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE.
- 2.PLANS D'ACCÈS À LA COMMUNE DE PATAY ET A L'ÉTABLISSEMENT
- 3.PERSONNE DE CONFIANCE
- 4.REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT
- 5.ADRESSES UTILES-INFOS PRATIQUES
- 6.MÉMENTO PERSONNEL

I. CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE AGÉE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE.

ARTICLE I - CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

ARTICLE II - CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie-domicile personnel ou collectif – adapté à ses attentes et à ses besoins.

ARTICLE III - VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

ARTICLE IV - PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

ARTICLE V - PATRIMOINE REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

ARTICLE VII - LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

ARTICLE VIII - PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

ARTICLE IX – ACCÈS AUX SOINS ET À LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par les intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

ARTICLE XI - RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie à sa famille.

ARTICLE XII - LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

ARTICLE XIV - L'INFORMATION

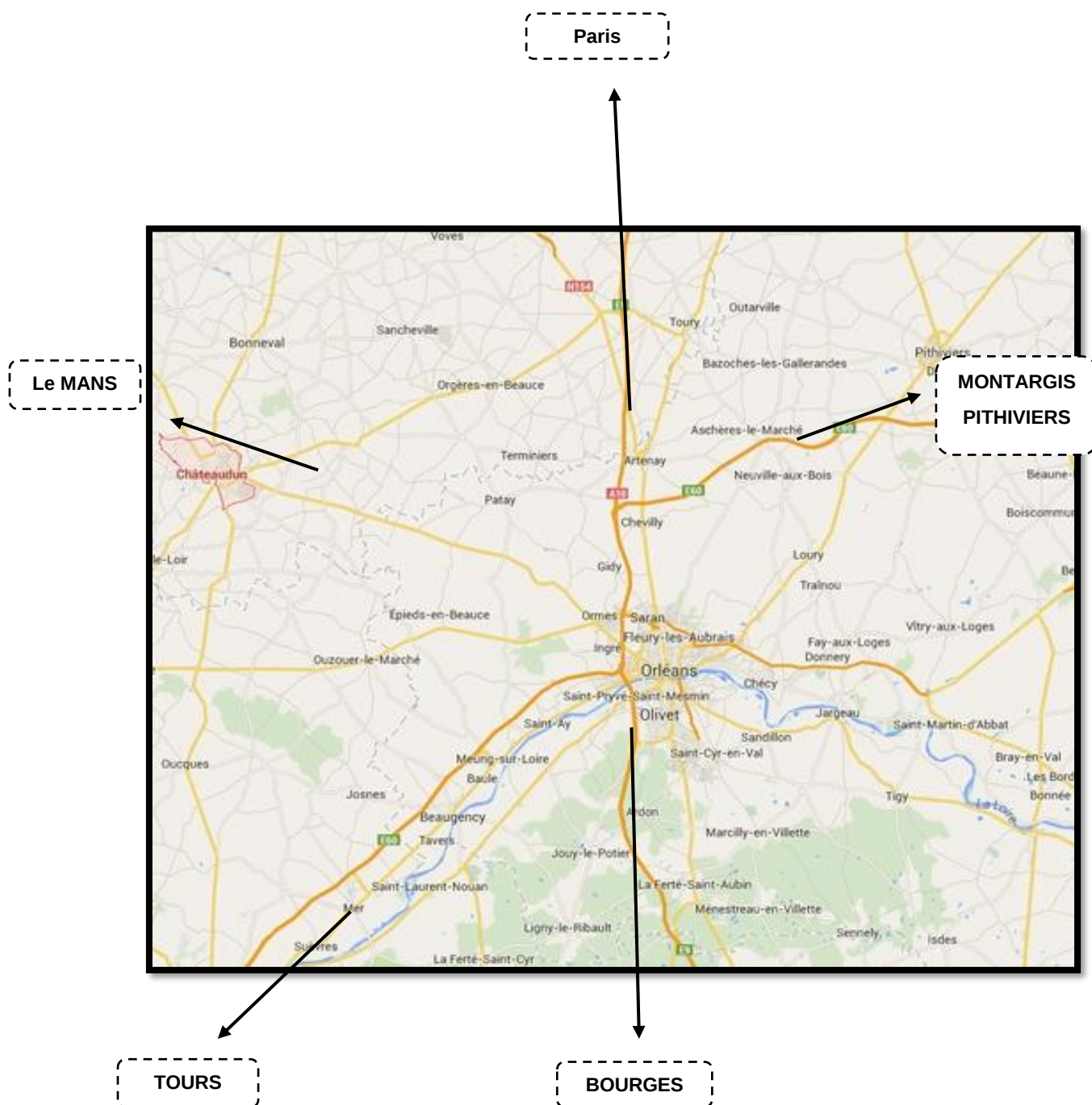
L'information est le meilleur moyen de luttres contre l'exclusion.

La Fondation Nationale de Gérontologie – Version révisée 2007

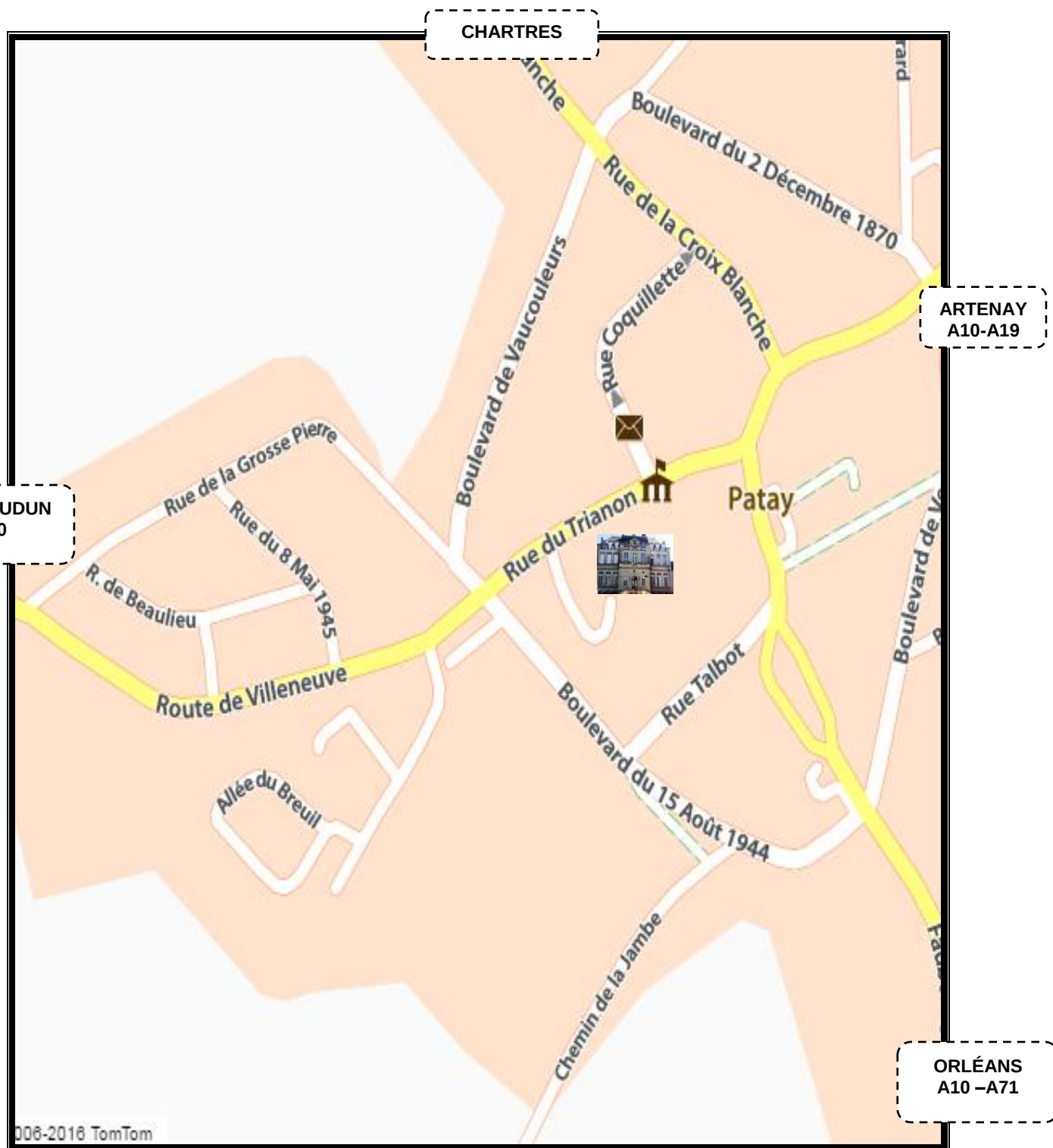
II. PLANS D'ACCÈS



Plan d'accès de la commune de Patay.



Plan d'accès de la Résidence dans la commune de Patay.



III. PERSONNE DE CONFIANCE

Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

La notice d'information comprend :

-des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

5 sous annexes :

- 1.A : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ;
- 1.B: Formulaire de désignation de la personne de confiance
- 1.C : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
- 1.D : Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance

Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social² de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

² Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

1. Quel est le rôle de la personne de confiance ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

- **Accompagnement et présence :**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être **présente à l'entretien prévu**, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- vous accompagner dans vos démarches** liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- assister aux entretiens médicaux prévus** dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

- **Aide pour la compréhension de vos droits :**

Votre personne de confiance **sera consultée par l'établissement** ou le service qui vous prend en charge **au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.**

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 1.B. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.A.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

2. Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale. 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. Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée. La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez. Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance. Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile. Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 1.B, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 1.C). Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 1.D, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en **donner une copie**.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

Annexe 1.A Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance peut exercer les missions suivantes.

- **Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :**

-La personne de confiance 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 des 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.

- **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.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

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 en cas de une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

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, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota. Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

Annexe 1.B Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)
Nom et prénom :
Né(e) le :
à :

Désigne
Nom et prénom :
Né(e) le :
à :

Qualité (lien avec la personne) :
Adresse :
Téléphone fixe professionnel portable
E-mail :

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à :

Le :

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :
oui ☐ non ☐

☐ Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, 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 :

Cosignature de la personne de confiance :

Annexe 1.C Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)
Nom et prénom :
Né(e) le :
A :

Met fin à la désignation de

Nom et prénom :
Né(e) le :
à :
Qualité (lien avec la personne) :
Adresse :
Téléphone fixe /professionnel/ portable :
E-mail :

comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :
Le :
Signature :

Annexe 1.D Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation 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.

a. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

Témoign 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'[article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#) est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à :

le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

☐ a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui ☐ non ☐

☐ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

☐ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui ☐ non ☐

Fait à :

le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Témoign 2 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'[article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#) est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à :

le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

☐ a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui ☐ non ☐

☐ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui ☐ non ☐

☐ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui ☐ non ☐

Fait à :

le :

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

b. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoin 1 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :
atteste que :
Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de
Nom et prénom :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :
le :
Signature du témoin :

Témoign 2 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :
atteste que :
Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de
Nom et prénom :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à :
le :
Signature du témoin :

IV. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

En pièce jointe à ce document

V. ADRESSES UTILES –INFOS PRATIQUES

- **Mairie** : 1, rue Trianon  02 38 80 81 02
 Heures d'ouverture au public :
 Du Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi : 08h30 à 12h00-13h30 à 17h00
 Mercredi : 8h30 à 12h / 1^{er} et 3^{ème} Samedi : 09H00 à 12h00

- **Médiathèque intercommunale** :  02 38 80 80 90
 Place des découvertes
 Heures d'ouverture au Public :
 Mardi :15h30 à 18h –Mercredi : 09h00 à 13h et de 14h00 à 16h30
 Vendredi :15h30 à 18h- Samedi :09h00 à 12h00 (fermeture dernier samedi du mois)

- **Poste** : 8, rue Coquillette
 Heures d'ouverture au public :
 Lundi au Vendredi : 09h30 à 12h00
 Samedi : 10h00 à 12h00

- **Gendarmerie** :5, route de Villeneuve.....  02 38 52 39 80
 Heures d'ouverture au public:
 Lundi, Mercredi et Samedi : 14h00 et 18h00

- **Clic entraide-Union** :  02 38 74 62 40
 Centre Local d'information et de Coordination
 8, rue du Dolmen 45130 Épièdes en Beauce
 Service d'information sur le maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées -
 Gratuit et confidentiel

- **Beauce Val Services** :  02 38 74 62 25
 Service Polyvalent d'Aide et de Soins à domicile
 4, rue du Docteur Pierre Legris –Patay
 Équipes Spécialisées Alzheimer - Groupe de Parole des aidants Familiaux le 2^{ème} vendredi
 du mois -14h30 - Services de Soins à Domicile - Service d'Aide et d'Accompagnement à
 domicile - E-mail : beauce-val-service@wanadoo.fr

- **Association Alzheimer45** :  02 38 62 05 47
 14, rue Bannier 45000 Orléans
 E-mail : Alzheimer.loiret@wanadoo.fr
 Réception des familles sur RDV- Beauce Val Services

- **Association des résidents « Le petit trianon »** :  02 37 32 12 02
 30 rue Trianon

- **Bulletin Municipal** : Parution mensuelle-Mise à disposition à l'EHPAD

- **Ciné-mobile** : 3 Projections le dernier samedi de chaque mois-Accès mobilité réduite- Information sur le bulletin municipal [https://cinemobile.ciclic.fr/films-seances/ma-ville?\(45\)+PATAY](https://cinemobile.ciclic.fr/films-seances/ma-ville?(45)+PATAY)
- **Marchés à Patay** : Chaque mardi apres midi, place Jeanne d'Arc et le samedi matin place de la Halle.

VI. MÉMENTO PERSONNEL

N° de chambreÉtage.....*

Bâtiment.....

Mon N°de téléphone :02 38 21

Pour appeler à l'extérieur, je compose sur le téléphone :

- Le : 0

- Puis le N°de la personne à joindre

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SI LE LIVRET D'ACCUEIL N'A PAS ÉTÉ REMIS
DIRECTEMENT A LA PERSONNE AGÉE ,
MERCI DE LUI REMETTRE OU DE LUI PRÉSENTER