

# CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE Du Territoire de Belfort



## DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION

### Accueil de nuit

#### Personne à contacter :

Bureau des Admissions : Madame A. LIME

 03 84 90 39 00

- Dépôt des dossiers au Service Accueil
- Lundi au vendredi de 8h à 17h30
  - samedi de 8h30 à 16h00

Entretien sur rendez-vous de préférence



**CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE  
Du Territoire de Belfort**

Photo récente

**DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION ACCUEIL DE NUIT**

**VOTRE IDENTITE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de Jeune-Fille : ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
Date **et** lieu de naissance ..... Nationalité : .....  
Adresse du domicile : .....  
N° d'immatriculation et caisse de Sécurité Sociale : .....  
N° d'adhérent et complémentaire santé : .....  
Dernière profession exercée : .....  
Nom du Médecin Traitant : .....  
Moyens de transport utilisé pour se rendre à l'accueil de nuit à préciser : .....

**Situation de famille :**  Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants.....

**Mesure de protection juridique :**  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

Date du Jugement.....  En-cours  Mandataire

Nom, adresse et n° de téléphone de la personne désignée  
.....  
.....

**Proches :**

Indiquer le référent du résident en 1er

Nom, prénom et adresse	Degré de Parenté	Téléphone

**La facture est à adresser à :**

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

## PIECES A FOURNIR

*La décision d'admission est prise par le Directeur, après consultation et avis du médecin chef de l'établissement, sur présentation :*

**\* D'un dossier administratif complet comprenant :**

- ✓ *Un dossier de renseignements administratifs avec photo récente*
- ✓ *Une copie du livret de famille,*
- ✓ *Une copie de la carte d'identité (recto/verso),*
- ✓ *Une copie de l'attestation papier d'immatriculation à l'assurance maladie,*
- ✓ *Une copie de la carte de mutuelle (s'il en dispose d'une),*
- ✓ *Une copie du jugement dans le cas de l'existence d'une protection juridique,*
- ✓ *Une attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels (Responsabilité Civile),*
- ✓ *le contrat de séjour dûment complété et signé par **le résident et au moins un des obligés alimentaires (enfants, petits enfants).***
- ✓ *Ainsi que l'engagement de caution solidaire également signé par **le résident et au moins un des obligés alimentaires (enfants, petits enfants).***
- ✓ *La feuille de présence et de transport, complétée, datée et signée,*

**\* D'un dossier médical complet rempli par le médecin traitant du résident adressé au secrétariat médical de l'établissement sous pli confidentiel accompagné de la **dernière ordonnance** en date du médecin traitant (impératif) et le **traitement médicamenteux en cours.****



## FEUILLE DE PRESENCE ET DE TRANSPORT

Mr/Mme.....sera présent à l'accueil de nuit de la Charmeuse les nuits suivantes et à compter du..... :

Le service transport de l'accueil de nuit de la Charmeuse emmènera Mr/Mme.....de son domicile à l'accueil de nuit, et inversement les jours suivants et à compter du..... :

### Jours de Présence

-  Nuit du LUNDI
-  Nuit du MARDI
-  Nuit du MERCREDI
-  Nuit du JEUDI
-  Nuit du VENDREDI
-  Nuit du SAMEDI
-  Nuit du DIMANCHE

### Jours de Transport

- |   | Aller | Retour |
|---|-------|--------|
|  LUNDI     |       |        |
|  MARDI     |       |        |
|  MERCREDI  |       |        |
|  JEUDI     |       |        |
|  VENDREDI |       |        |

**Pas de transport les week-ends  
et les jours fériés**

**NB :** Toute nuit non décommandée au moins 48 h à l'avance fera l'objet d'une facturation

Fait à ....., Le .....

Signature :



**CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE  
Du Territoire de Belfort**

***CONTRAT DE SEJOUR- ACCUEIL DE NUIT***

L'Accueil de nuit offre une solution alternative originale et pertinente dans le cadre d'un maintien à domicile avant une éventuelle institutionnalisation. Il s'agit de permettre à des personnes vivant à domicile de bénéficier des services de la résidence de la Charmeuse (présence du personnel de nuit, repas du soir et petit déjeuner, prise des médicaments du soir et du matin, activité selon les habitudes, surveillance du sommeil, soins d'hygiène et de confort durant la nuit ...), tout en conservant leur domicile et leur environnement habituel. Il permet de soulager les familles ayant à charge un parent âgé présentant une démence sénile de type Alzheimer ou maladie apparentée.

C'est un lieu de vie identique au domicile pouvant accueillir 3 personnes.

Le contrat de séjour est conclu entre :

Le Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de BELFORT, « Domaine de la Charmeuse », rue de la Charmeuse 90 800 BAVILLIERS

Représenté par son Directeur,

ET,

Mr ou Mme .....  
(Indiquer nom(s) et prénom(s) du résident)

Né(e) le ..... à .....

Représenté par Mr ou Mme .....

Organisme tutélaire le cas échéant : .....

Il est convenu ce qui suit :

**1. Durée du contrat**

Le présent contrat prend effet à la date de sa signature. Il est établi pour une durée de 1 an et sera renouvelé par tacite reconduction. Toute modification entraînera la rédaction d'un avenant au présent contrat.

**2. Conditions d'admission**

La décision d'admission est prise par Monsieur le Directeur et la Commission d'Admission après entretien, consultation et avis du médecin responsable de l'unité, sur présentation d'un dossier administratif et médical complets.

Le nombre de nuit sera défini en concertation avec le médecin. Il ne peut excéder 3 nuits/semaine.

### 3. Prestations assurées par l'Etablissement

#### Fonctionnement

L'accueil de nuit fonctionne de 18h00 à 8h00 tous les jours de la semaine y compris les week-ends et jours fériés. Afin de permettre une bonne organisation de la nuit, l'arrivée des résidents se fera impérativement entre 17h30 et 18h00.

La famille ou les aidants transmettront les médicaments nécessaires à la prise de traitement personnel du domicile (soir, nuit, matin) **accompagnés de l'ordonnance (- de 1 mois)**, les protections ainsi que les vêtements et les effets personnels qui permettront au résident de garder ses repères.

#### Organisation de la prise en charge

A son arrivée, le résident est accueilli par l'infirmière ou le cadre.

☞ entre 18h00 et 19h30

Installation et prise du repas du soir

Prise de médicaments si besoin et selon prescription

☞ entre 19h30 et 6h00

Activité selon les habitudes (télévision, lecture, jeux de société)

Installation pour la nuit (déshabillage, toilette, pose de protection...)

Surveillance du sommeil

Soins d'hygiène et de confort durant la nuit

☞ entre 6h00 et 8h00

Aide au lever, toilette et habillage

Prise de médicaments selon prescription

Prise de petit déjeuner

Préparation du départ pour **le domicile\*** ou éventuellement pour **l'accueil de jour\***

(\* barrer la mention inutile)

#### La restauration

Le dîner et le petit déjeuner sont servis dans la salle à manger des résidents.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte. Le prix du repas est compris dans le prix de journée (cf. paragraphe 4)

#### L'entretien du linge

Le linge personnel des résidents est marqué et entretenu par la famille.

Le résident doit pouvoir disposer d'un trousseau minimum pour assurer son hygiène. Une liste du linge et des effets personnels conseillés vous est remise lors de l'admission. Un inventaire du trousseau et des effets personnels sera effectué par le personnel du service.

**Par ailleurs, il sera demandé aux familles de fournir les protections nécessaires si besoin.**

#### Le transport

Le transport sera assuré par la famille.

### 4. Coût du séjour

La tarification et sa facturation se fondent sur un prix de journée hébergement. La dépendance ne fera l'objet d'aucune tarification complémentaire.

Les tarifs en vigueur à la date du contrat sont ceux qui figurent à **l'annexe 1**.

Un engagement de payer signé par le résident et au moins un de ses obligés alimentaires est obligatoirement à joindre à la demande d'admission.

## 5. Conditions particulières de facturation

La facturation de l'accueil de nuit se fait mensuellement et à terme échu.

Toute absence non signalée 48 h à l'avance fera l'objet d'une facturation (sauf hospitalisation non prévue sur présentation d'un bulletin d'hospitalisation).

## 6. Résiliation du contrat :

### ✚ Résiliation volontaire :

A l'initiative du résident ou de son représentant légal, le présent contrat peut être résilié à tout moment. Notification en est faite à la direction de l'établissement par lettre recommandée et moyennant un préavis de 8 jours de date à date calculée à partir de la date de réception par l'établissement.

### ✚ Résiliation à l'initiative de l'établissement :

- raisons médicales (oxygène)
- incompatibilité avec la vie collective, ...
- non respect du présent contrat,
- absence prolongée sans justificatif,

### ✚ Résiliation pour décès

## 7. Responsabilités respectives

En qualité de structure à caractère public 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 règlement en vigueur.

Les règles générales des responsabilités applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civile sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance).

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause le résident est invité à souscrire une assurance responsabilité civile.

Fait à ....., le .....

### Signatures :

Le Directeur

Le Résident : M  
Ou son Représentant Légal : M

Le(s) Cautiion(s) :



## ENGAGEMENT

(Article 1326 du Code Civil)

*A remplir obligatoirement par au moins un obligé alimentaire (enfants, petits enfants)  
ou à défaut par le résident ou son représentant légal*

Je soussigné.....

Demeurant à.....

**M'engage à payer :**

- les frais de séjours en accueil de nuit de :

Mr/Mme.....

Qui s'élèvent à un prix de journée révisable annuellement fixé par arrêté ci-joint.

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs applicables.

Fait à Bavilliers, le.....

Signature :

*Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »*







## CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE Du Territoire de Belfort

### TROUSSEAU VESTIMENTAIRE ET DE TOILETTE SOUHAITES

#### Pour 1 NUIT et HABILLAGE du lendemain

##### Nécessaire pour la soirée et la nuit

- ✓ Jeu de 2 sous-vêtements (slips\*, petites chemises, combinaisons)
- ✓ 1 peignoir
- ✓ 1 pyjama ou chemise de nuit
- ✓ chaussons antidérapants

- ✓ mouchoirs en papier
- ✓ manteau, veste (**selon la saison**)
- ✓ bonnet, gants, écharpe (**selon la saison**)
- ✓ chapeau, casquette (**selon la saison**)
- ✓ 1 paire de chaussures de ville

##### Pour l'habillage du lendemain matin :

- ✓ 1 pull (été/hiver) ou 1 gilet (été/hiver)
- ✓ 1 robe ou pantalon
- ✓ 1 chemise ou chemisier
- ✓ 1 paire de chaussettes (été / hiver) ou collant ou mi-bas

*\* pour personnes continentales*

### NECESSAIRE DE TOILETTE

- ✓ Savon, gel douche
- ✓ Eau de Toilette
- ✓ Brosse à cheveux, peigne
- ✓ Dentifrice et brosse à dents
- ✓ Gobelet
- ✓ shampooing

##### Si prothèse dentaire :

- ✓ Colle à prothèse dentaire
- ✓ Boite à prothèse dentaire

**En Plus pour les messieurs :** Rasoir électrique ou jetable et mousse à raser

##### ***Préférer:*** Le coton

Les vêtements amples

Le boutonnage par pression, le boutonnage des robes sur le devant.

Les chaussures faciles à mettre, lacets ou velcro

### POUR INFORMATION

*L'entretien du linge est effectué par la famille*

*Les protections sont à fournir par la famille*

*Les serviettes de table, gants de toilette et serviettes de toilette sont fournis par l'établissement*