

Résidence Bellevue

L'esprit de famille



LIVRET D'ACCUEIL

Ancien Chemin Impérial – 86320 LUSSAC-LES-CHATEAUX

Tél. : 05 49 84 90 80

direction@ehpad-residencebellevue.fr
secretariat@ehpad-residencebellevue.fr



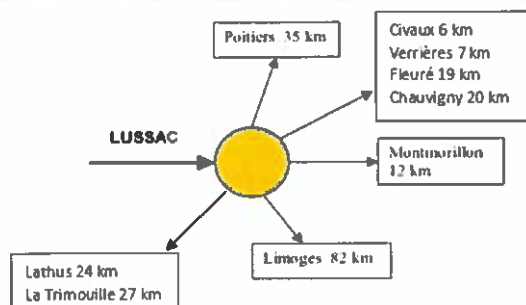
RESIDENCE BELLEVUE

Ancien Chemin Impérial
86320 LUSSAC LES CHATEAUX

Tél. : 05 49 84 90 80 – Fax : 05 49 84 02 63

SITUATION GEOGRAPHIQUE

- ❖ L'établissement privé est situé à 35 kilomètres de Poitiers sur l'axe routier qui mène à Limoges.
- ❖ La Résidence Bellevue, entourée d'un parc de 7000 mètres carrés, domine toute la vallée de la Vienne et offre un point de vue exceptionnel.



ACCUEIL

- ❖ Résidence retraite médicalisée pour personnes autonomes, semi-valides et dépendantes.
- ❖ Séjours TEMPORAIRES ou PERMANENTS.
- ❖ PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) accueil de personnes présentant des troubles cognitifs et comportementaux modérés (maladie Alzheimer ou maladie apparentée).

RESTAURATION

- ❖ Petit-déjeuner servi en chambre
- ❖ Déjeuner et dîner en salle restaurant
- ❖ Possibilité de plateaux repas en chambre
- ❖ Respect des régimes alimentaires
- ❖ Repas invités tous les jours, à la demande (72h avant)

ENTRETIEN DU LINGE

- ❖ Entretien du linge personnel
- ❖ Linge de toilette et draps fournis

SURVEILLANCE

- ❖ Notre équipe médicale est composée d'un Médecin Coordinateur, d'une psychologue, d'une ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'une animatrice, d'un infirmier Coordonnateur, de 4 infirmières, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques.

- ❖ Visites et suivis des médecins traitants respectifs.
- ❖ Système anti-fugue
- ❖ Appel malade

SERVICES HOTELIERS

- ❖ Ménage effectué par le personnel
- ❖ Chambres avec salle de bain
- ❖ Téléphone et prise TV dans toutes les chambres
- ❖ Mobilier fourni, ou possibilité de personnaliser sa chambre (selon le choix du résident)

SOINS DIVERS

- ❖ Salon de coiffure, esthétique, pédicure
- ❖ Programme d'animations variées et adaptées aux personnes âgées (ateliers de stimulation, gymnastique douce, massages, sorties, couture, lecture, ...)



Résidence Bellevue
Etablissement d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes

TEL. 05 49 84 90 80
Chemin impérial
86320 Lussac-les-châteaux
direction@ehpad-residencebellevue.fr
secretariat@ehpad-residencebellevue.fr

Documents médicaux à fournir pour une admission

- Derrière ordonnance du médecin traitant ou d'un spécialiste
- Courrier du médecin traitant sur les antécédents médicaux et chirurgicaux + le dossier médical complet
- Bilan dentaire ou compte rendu si celui-ci a été effectué dans l'année

Documents administratifs à fournir pour une admission

- Carte vitale + attestation de sécurité sociale
- Carte de mutuelle
- Assurance responsabilité civile
- Photocopie d'une pièce d'identité + livret de famille
- Chèque de caution de 1500 euros à verser au plus tard le jour de l'entrée (restitué au départ)
- Un RIB
- Avis d'imposition,
- Avis taxe foncière,
- Photocopie des revenus,
- Photocopie de l'épargne disponible ou de la synthèse des comptes.



	Résidence Bellevue Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	Chemin impérial 86320 Lussac-les-Châteaux TEL. 05 49 84 90 80 direction@ehpad-residencebellevue.fr secretariat@ehpad-residencebellevue.fr
---	--	---

CALCUL DES PRIX DE JOURNEE au 1er janvier 2024

	TARIF	TARIF DEPENDANCE (département)	DEDUCTION APA (département)	TARIF DEPENDANCE APA DEDUITE	TOTAL A CHARGE
	A	B	C	D (= B - C)	E (= A+D)
GIR I ET II					
CHAMBRE A 1 LIT	75,94 € / jour	20,42 € / jour	- 14.92 € / jour	5.50 € / jour	81,44 € / jour
CHAMBRE A 2 LITS	65,39 € / jour	20,42 € / jour	- 14.92 € / jour	5.50 € / jour	70,89 € / jour
GIR III ET IV					
CHAMBRE A 1 LIT	75,94 € / jour	12,96 € / jour	- 7.46 € / jour	5.50 € / jour	81,44 € / jour
CHAMBRE A 2 LITS	65,39 € / jour	12,96 € / jour	- 7.46 € / jour	5.50 € / jour	70,89 € / jour
GIV V ET VI					
CHAMBRE A 1 LIT	75,94 € / jour	5.50€ / jour	€ -	5.50 € / jour	81,44 € / jour
CHAMBRE A 2 LITS	65,39 € / jour	5.50€ / jour	€ -	5.50 € / jour	70,89 € / jour



Résidence Bellevue

Ancien chemin impérial
86320 LUSSAC-LES-CHATEAUX

Tel : 05.49.84.90.80

Fax : 05.49.84.02.63

TROUSSEAU INDICATIF DE TOILETTE

Femme	Homme
- 7 culottes - 7 soutiens gorges - 6 jupes ou robes boutonnées sur le devant (en tergal ou polyester) - collants , mi bas - 6 combinaisons (suivant habitude) - 4 pulls ou gilets en acrylique - 2 paires de chaussons - 7 chemises de nuit ou pyjamas en polyester ou coton - 1 robe de chambre en polyamide ou acrylique (ou peignoir) - 1 vêtement chaud pour sortir - 1 foulard - 10 gants de toilette - des mouchoirs en papier	- 7 tee-shirts en coton - 7 slips en coton - 6 pantalons en tergal ou polyester (ou joggings) - 6 polos manches longues en acrylique (ou chemises en polyester ou coton) - 6 polos manches courtes ou chemisettes - 12 paires de chaussettes - 4 pulls ou gilets en acrylique - 2 paires de chaussons - 6 pyjamas - 1 robe de chambre en polyamide ou acrylique - casquette - vêtement chaud pour sortir - 10 gants de toilette - des mouchoirs en papier

NECESSAIRE DE TOILETTE QUOTIDIEN A PREVOIR

- savon surgras
- brosse à dents
- dentifrice
- peigne ou brosse
- eau de toilette
- crème hydratante
- shampoing
- colle à dentier
- gel douche

Nous vous remercions par avance d'étiqueter les vêtements afin d'éviter toute perte.
Nous vous prions également de ne pas fournir de vêtements fragiles (laine, matière délicate).
En prévision d'une hospitalisation, merci de prévoir un petit sac de voyage.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐

Vit maritalement ☐

Pacsé(e) ☐

Marié(e) ☐

Veuf (ve) ☐

Séparé(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐

Curatelle ☐

Sauvegarde de justice ☐

Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐

Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐

Chez enfant/Proche ☐

Logement foyer ☐

EHPAD ☐

Hôpital ☐

SSIAD / SAD¹ ☐

Accueil de jour ☐

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____ / ____ / ____

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐

Fin/Retour d'hospitalisation ☐

Maintien à domicile difficile ☐

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE ☐ OUI ☐ NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT
PAS ☐ OUI ☐ NON

Alcool	☐	☐
Tabac	☐	☐
Sevrage	☐	☐

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

☐ OUI ☐ NON

Cécité

☐ ☐

Surdité

☐ ☐

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

☐ OUI ☐ NON

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

☐ OUI ☐ NON

☐ ☐

☐ ☐

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Uréterostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin

