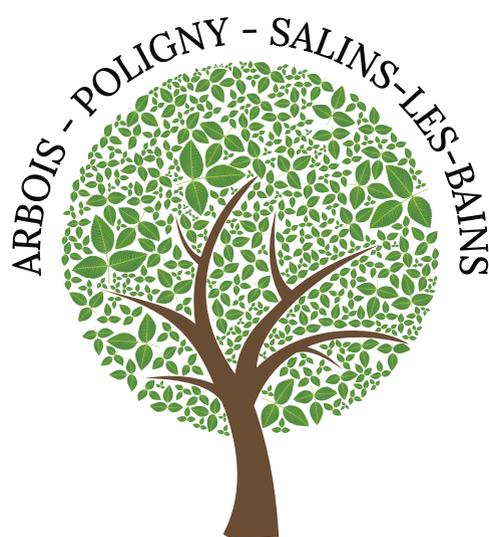


Livret d'accueil

Secteur sanitaire



Centre Hospitalier
Intercommunal
PAYS DU REVERMONT



Madame, Monsieur,

Au nom du Centre Hospitalier Intercommunal Pays du Revermont (CHIPR), de ses équipes médicales, soignantes, administratives et logistiques, je vous souhaite la bienvenue à l'occasion de votre venue dans notre établissement.

Le CHIPR est né de la fusion, le 1er janvier 2017, des Centres Hospitaliers d'Arbois, Poligny-Sellières et Salins-les-Bains.

Les sites d'Arbois et de Salins-les-Bains/Bracon ont une vocation sanitaire et médicosociale tandis que les sites de Poligny et Sellières sont spécialisés dans des activités médicosociales.

Notre mission principale est d'assurer votre bien être, en vous permettant de retrouver une bonne santé, en alliant humanisme et efficacité.

- Humanisme par l'accueil et le respect que nous vous devons,
- Efficacité en conjuguant professionnalisme, disponibilité et écoute.

Ce livret d'accueil vous est remis pour vous permettre de faciliter vos démarches administratives et trouver l'ensemble des renseignements destinés à vous aider à organiser votre séjour.

Le responsable médical du service, le cadre soignant et les personnels sont à votre disposition.

Dans un souci d'amélioration continue de nos prestations, nous vous invitons à bien vouloir répondre au questionnaire d'évaluation de votre satisfaction, présent dans ce livret.

Nous vous remercions pour votre collaboration et nous vous souhaitons un bon séjour au sein du C.H.I. du Pays du Revermont.

Le Directeur

Sommaire

• Le Centre Hospitalier Intercommunal Pays du Revermont	4
• Nos activités : Pôle SANITAIRE - Pôle MÉDICOSOCIAL	6
• Organisation Institutionnelle	8
• Les professionnels qui vous entourent	8
• Votre prise en charge en Soins de Suite	10
• Respect des droits du patient	22
• Annexes	
• Contrat d'engagement de lutte contre la douleur	
• Charte de la personne hospitalisée	
• Droit des malades en fin de vie	
• Formulaire de désignation de la personne de confiance	
• Révocation de la personne de confiance	
• Modèles de directives anticipées	
• Questionnaire de sortie	

Le Centre Hospitalier Intercommunal Pays du Revermont

Le CHI Pays du Revermont est un établissement public de santé, composé de :

- Deux services d'hospitalisation à temps complet en Soins de Suite et de Réadaptation/ Polyvalents sur les sites d'Arbois et Salins-les-Bains.
- Un Hôpital de Jour et demi-journée en Médecine Physique et Réadaptation et des consultations externes à Salins-les-Bains.
- Plusieurs Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) implantés sur les communes d'Arbois, Poligny, Bracon et Sellières.

Différentes activités, en amont d'un hébergement permanent, sont dispensées et organisées :

- Des consultations mémoire sur le site de Salins-les-Bains,
- Une plateforme d'accompagnement et de répit sur le site de Poligny,
- Des accueils de jour et des hébergements temporaires sur les sites d'Arbois et Poligny.



Nos activités :

Pôle Sanitaire - Pôle Médicosocial

Pôle Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Sa mission est d'assurer une réadaptation en vue d'un retour à domicile ou dans un nouveau cadre de vie.

- **20 lits** sur le site de Salins les Bains et **44 lits** sur le site d'Arbois.
- **7 lits** EVC-EPR à Salins les Bains, dont 1 lit d'accueil temporaire. L'unité Orphée accueille les patients en état végétatif chronique (EVC), caractérisé par des cycles veille sommeil, avec ouverture des yeux, ventilation spontanée et absence de vie relationnelle. Certaines personnes émettent des réponses volontaires à quelques stimulations, réponses fluctuantes au cours de la journée : cette situation clinique est qualifiée d'état pauci-relationnel (EPR).
- **85 lits** de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) à Salins les Bains. Ce service prend en charge la déficience, l'incapacité et le handicap, avec pour objectif la réinsertion la plus harmonieuse dans la société au moyen d'un programme personnalisé de rééducation et de réadaptation.
- Hospitalisation complète : **60 lits**
- Hospitalisation de jour et demi-jour : **25 places**
- Consultations externes
- Radiologie



Pôle EHPAD

(Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Plusieurs Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont implantés sur les communes d'Arbois, Poligny, Bracon et Sellières.

Les résidents sont accueillis en hébergement permanent sur les sites :

- Arbois : **99 lits**
- Poligny-Sellières : **185 lits** dont **35** sur le site de Sellières
- Bracon : **174 lits** dont **29 lits** d'Unité Protégée



Organisation Institutionnelle

Le CHI du Pays du Revermont est un établissement public de santé administré par un conseil de surveillance, qui regroupe les établissements des sites d'Arbois, Poligny, Sellières, Bracon, et Salins Les Bains. L'établissement est dirigé par un directeur, assisté d'un directoire, associant à parité l'équipe de direction et les médecins à la gestion de l'établissement.

Plusieurs organes consultatifs participent étroitement au fonctionnement du centre hospitalier :

- La commission médicale d'établissement (CME)
- Le comité technique d'établissement (CTE)
- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- Le conseil de la vie sociale de l'EHPAD (CVS)
- La commission des usagers (CDU)

Les professions qui vous entourent

Durant votre séjour, vous rencontrerez divers thérapeutes ou intervenants.

L'équipe soignante :

Le médecin décide et met en œuvre les traitements dont vous avez besoin. Il vous donnera les informations sur votre état de santé et restera en contact direct avec votre médecin traitant.

Le cadre de santé est responsable de l'encadrement de l'équipe paramédicale et de l'organisation des soins. Il est votre interlocuteur, n'hésitez pas à le contacter pour tout renseignement ou requête durant votre séjour.

L'infirmier assure les soins de maintenance, préventifs, curatifs et éducatifs. Il a aussi un rôle d'écoute,

d'aide et de conseil. Il exécute les prescriptions du médecin.

L'aide-soignant assure les soins d'hygiène et de confort. Il vous aide dans les actes de la vie quotidienne (repas, déplacements...). Il a aussi un rôle d'écoute.

L'assistant de service social est à votre disposition pour vous aider à régler les démarches administratives, les questions financières ou des difficultés éventuelles liées à votre sortie (pour la contacter, s'adresser au cadre de santé).

Le diététicien élabore avec le responsable de restauration les menus adaptés et assure des consultations sur prescription médicale hospitalière.

L'agent des services hospitaliers veille sur l'entretien de votre chambre et des autres locaux.

L'équipe médico-technique :

Le masseur-kinésithérapeute aide les personnes à récupérer leurs capacités fonctionnelles ou à utiliser les capacités restantes.

L'ergothérapeute évalue votre autonomie individuelle et sociale puis contribue, par des activités et/ou des conseils à la récupérer, la maintenir ou à l'acquérir.

Le neuropsychologue évalue et rééduque les troubles des fonctions mentales (mémoire, attention, perception, raisonnement...) consécutifs à des lésions cérébrales.

L'orthophoniste évalue et rééduque les troubles du langage oral et écrit.

L'orthoprothésiste réalise et ajuste des orthèses et des prothèses personnalisées. Le professeur d'activités physiques adaptées permet d'optimiser vos capacités au moyen d'activités physiques variées.

Le psychologue propose un soutien et un accompagnement sous forme d'entretiens. Il vous rencontre à votre demande ou sur la suggestion de votre médecin.

Le balnéothérapeute effectue des soins dans un bain d'eau thermale.

La manipulatrice d'électroradiologie médicale réalise les clichés radiologiques.

Vous pourrez rencontrer aussi durant votre séjour :

La secrétaire médicale assure le suivi médical de votre dossier.

L'agent d'accueil recueille les renseignements administratifs nécessaires à la prise en charge de votre séjour et délivre toute information utile à votre séjour.

Votre sécurité et votre confort sont en outre assurés par tous les agents affectés aux services administratifs, techniques, économiques et généraux.



Votre prise en charge en Soins de Suite

ACCUEIL

Horaires d'ouverture :

Site Salins-les-Bains

→ 9h00-12h30 et 13h-16h30 du lundi au vendredi

Site Arbois

→ 8h-12h30 et 13h00-16h30 lundi, mardi, jeudi

→ 8h30-12h30 et 13h00-16h30 le vendredi

En dehors de ces horaires, l'accueil est assuré à l'infirmerie de chaque étage

CHAMBRE



Moyennant un supplément de prix, vous pouvez disposer de chambre particulière à la demande et sous réserve de disponibilités. HAPPYTAL est à votre disposition à cet effet et propose également un service de conciergerie.

Nous vous conseillons de vous rapprocher de votre complémentaire santé afin de vous assurer qu'elle prenne bien en charge ce service hôtelier.

Pendant votre séjour, il se peut si des impératifs l'exigent, que vous changiez de chambre.

Par mesure de sécurité, il est impératif de demander l'avis du cadre du service avant de brancher tout appareil électrique.

Hospitalisation de jour (sur la journée) :

Vous disposez d'un vestiaire et d'un lieu de repos. Vous dépendez du service MPR au 1er étage.

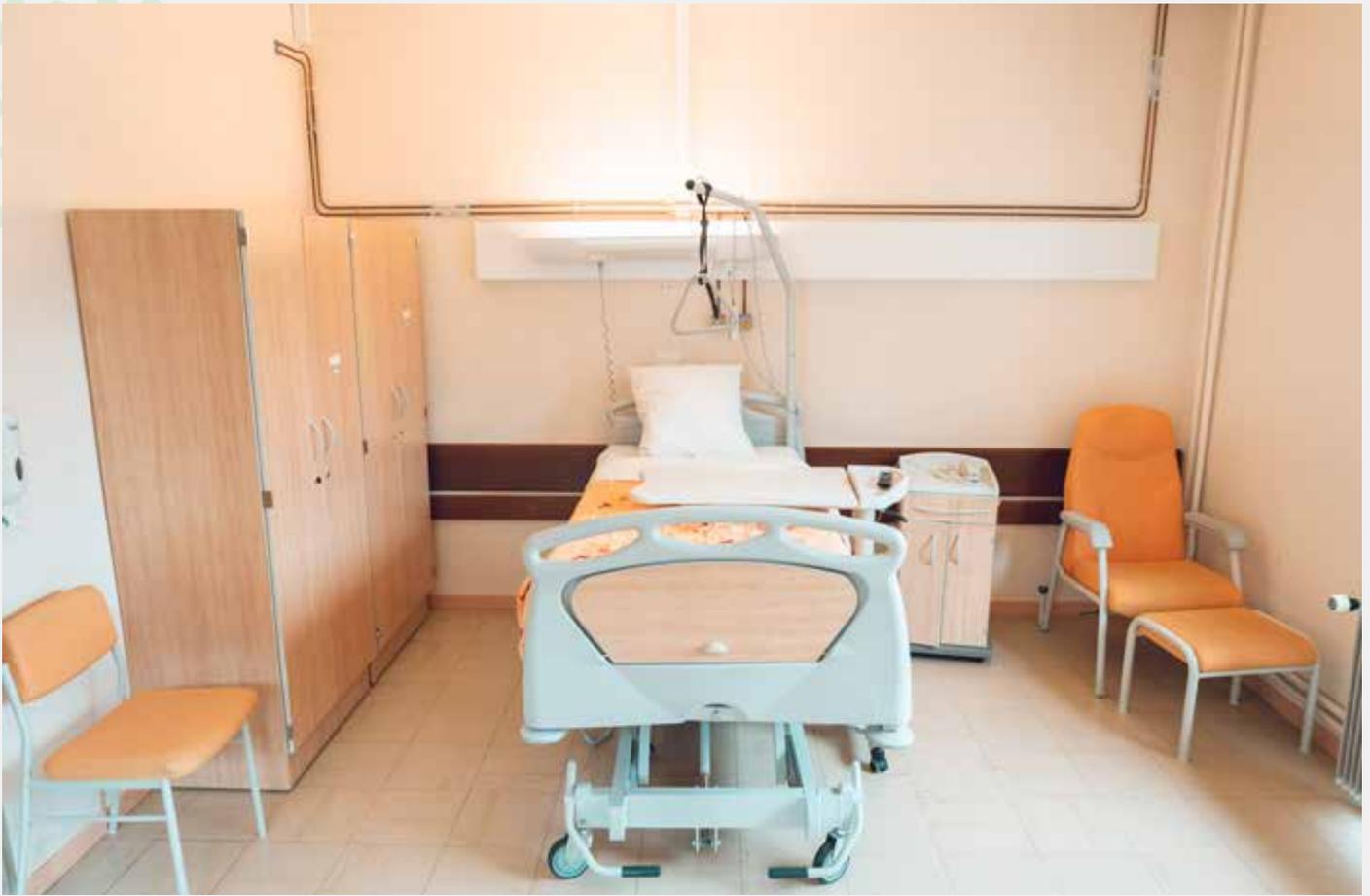
SOINS



Si votre état de santé le nécessite, le personnel vous apportera l'aide dont vous avez besoin au quotidien : toilette, habillage/déshabillage, déplacements, alimentation.

Médicaments :

Le traitement est sous la responsabilité des médecins de l'établissement. Ils vous prescriront les médicaments nécessaires à votre état de santé. Ces médicaments vous seront fournis par la pharmacie de l'établissement. Nous vous demandons de ne pas apporter de médicaments personnels.



LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES



La sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins de différents professionnels soignants de l'établissement définit la politique de maîtrise des infections nosocomiales et élabore annuellement un programme de lutte contre celles-ci.

Chaque année un indicateur dénommé ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) mesure le niveau de performance de l'établissement dans cette lutte. Vous trouverez en annexe les derniers scores sur 100 et le classement obtenu par l'établissement.

LUTTE CONTRE LA DOULEUR



L'établissement adhère pleinement au programme national de lutte contre la douleur. Vous trouverez notre contrat d'engagement en annexe.

QUALITÉ DES SOINS



Les établissements publics de santé sont soumis à des évaluations régulières concernant la qualité des soins. Les résultats de ces certifications sont accessibles directement sur le site de la Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr).

Les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers sont consultables sur les tableaux d'affichage des services.

L'EHPAD doit se soumettre à une évaluation par un organisme indépendant et habilité par l'ANESM afin d'appliquer l'obligation d'évaluation externe.

REPAS



Ils sont servis aux heures suivantes :

- Petit-déjeuner à partir de 7 heures en chambre
- Déjeuner à partir de 12 heures
- Dîner à partir de 18 heures

Les repas sont adaptés à chaque régime en fonction des impératifs médicaux.

Site Salins-les-Bains

Le week-end, vos proches peuvent se joindre à vous (trois personnes au maximum) au moment du repas. Il est impératif de réserver ces repas «accompagnants» et de les payer avant le vendredi midi, à l'accueil. Les repas sont pris au self.

Site Arbois

Vos proches peuvent se joindre à vous (trois personnes au maximum) au moment du repas. Il est impératif de réserver ces repas «accompagnants» trois jours avant, auprès des soignants et de récupérer vos tickets repas au bureau des entrées du site ou auprès de secrétaires médicales.



EFFETS PERSONNELS



Nous vous invitons à vous munir de :

- vos affaires de toilette (savon, brosse à dents, rasoir, linge et gants de toilette...),
- vêtements compatibles avec les séances de soins (survêtements ou vêtements amples),
- chaussures adaptées à la rééducation (tennis à velcros...),
- pour la piscine (Site Salins-les-Bains) : maillot de bains, chaussures, bonnet et serviette de bain, ainsi que des vêtements de rechange (MPR).

L'établissement n'entretient pas le linge personnel des patients.

OBJETS DE VALEUR



L'établissement ne peut être tenu responsable en cas de perte ou de vol, il vous est donc recommandé de ne pas conserver d'objets de valeur.

Vous avez la possibilité de déposer vos objets de valeur directement à la perception ou à un régisseur de l'établissement. Veuillez-vous renseigner auprès du cadre de service.

TÉLÉPHONE



À votre arrivée, un numéro de téléphone vous est attribué pour vous permettre d'être appelé dans votre chambre.

Vous pouvez téléphoner à l'extérieur directement depuis votre chambre, après ouverture de la ligne par les secrétaires médicales (Arbois) ou le bureau d'accueil (Salins-les-Bains).

Cette prestation est à la charge de l'utilisateur et la facturation vous sera adressée après la sortie.

INFORMATIQUE / INTERNET



Une connexion internet par WIFI est possible.

Pour bénéficier de ce service payant, adressez-vous au bureau des entrées qui vous donnera la procédure à suivre.

Chaque utilisateur dispose d'un accès à l'ensemble du domaine internet (à l'exception des sites violents ou pornographiques).

COURRIER



Une boîte à lettres se trouve près de l'accueil, la levée a lieu en début d'après-midi. Le courrier est distribué chaque matin dans les chambres.

Pour recevoir votre courrier, voici l'adresse à indiquer à vos correspondants :

Site Salins

Madame, Monsieur.....

CHIPR - Pôle SSR

9, rue des Barres

B.P. 101

39 110 SALINS LES BAINS

Site Arbois

Madame, Monsieur.....

CHIPR - Pôle SSR

23, rue de l'Hôpital

39 600 ARBOIS

TÉLÉVISION



Afin de préserver le repos de vos voisins, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio, de télévision et d'éviter les conversations trop bruyantes.

Site Salins-les-Bains

Un service de location est disponible auprès de l'accueil

Site Arbois

Un service de location est disponible auprès des secrétaires médicales.
La facturation aura lieu à la sortie de l'utilisateur.



VISITES



Vous pouvez recevoir des visites tous les jours*, de préférence entre 12 h et 20 h ; il est impératif que vos visiteurs respectent le déroulement des soins et le repos des autres résidents.

À **Salins**, il est demandé aux familles de ne pas accompagner le patient au self-service (hormis le week-end, pour les repas réservés).

Les salons du rez-de-chaussée et du premier étage vous permettent de vous retrouver, sans gêner le repos de vos voisins de chambre.

Les visiteurs ne sont pas autorisés à pénétrer au sein du plateau technique ou dans les salles de soins infirmiers.

Pour des raisons de prévention et d'hygiène, les enfants de moins de 7 ans ne sont pas autorisés à se rendre dans les chambres.

À **Arbois**, le salon des familles est à votre disposition.

PERMISSIONS DE SORTIE



Site Salins-les-Bains / MPR

- La semaine, de 17h00 à 18h00 après avoir signé une autorisation de sortie auprès des soignants à l'infirmierie de l'étage.
- Une fois par semaine de 17h00 à 22h30 (limité à Salins) : signature obligatoire du médecin et de la personne hospitalisée.
- Sur décision du médecin, des autorisations de sortie temporaire, pour une durée maximum de 48h, peuvent être accordées. La demande pour une sortie le week-end, doit être faite avant 12h le vendredi.
- Si votre médecin estime nécessaire une séance de kinésithérapie le samedi matin, vous ne pourrez quitter le centre dans la matinée, qu'après celle-ci.

Site Salins-les-Bains /SSP

Les sorties en semaine ou les autorisations temporaires de sortie d'une durée maximale de 48h font l'objet d'une prescription médicale.

Site Arbois

Des permissions de sortie peuvent être accordées après avis médical. Les frais de transports sont à votre charge.

*Sous réserve de restrictions sanitaires



TABAC, ALCOOL & CIGARETTE ELECTRONIQUE



En application de l'article R3711-1 du code de la santé publique, il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement. L'absorption d'alcool ou de drogue entraîne le renvoi immédiat de l'établissement.

Addictions :

Si vous ressentez que pour vous ou pour vos proches, votre consommation habituelle d'alcool, de tabac ou de drogue constitue un problème, parlez-en en toute confiance à votre médecin. Il pourra vous apporter une aide, et le cas échéant, vous orienter vers une structure spécialisée avec laquelle nous collaborons. Bien entendu, ceci restera strictement confidentiel.

CULTE



Si vous souhaitez rencontrer un ministre du culte, quelle que soit votre confession, vous pouvez vous adresser au cadre de santé.



Site Salins-les-Bains

Une coiffeuse intervient dans l'établissement (salon au 3ème étage). Les rendez-vous doivent être pris à l'accueil (à votre charge).

Un podologue intervient à la demande, veuillez-vous renseigner auprès du cadre du service (à votre charge).

Au rez-de-chaussée, des distributeurs de café et de boissons fraîches sont à votre disposition.

Au 1er étage, se trouve un téléviseur en accès libre.

Site Arbois

Un coiffeur intervient dans l'établissement (salon au RDC service Ermitage EHPAD). Les rendez-vous doivent être pris auprès du personnel (à votre charge).

Un podologue intervient à la demande, veuillez-vous renseigner auprès du personnel (à votre charge en l'absence de prescription médicale).

Des distributeurs de café et de boissons fraîches sont à votre disposition.

Un téléviseur est accessible en salle de repos.





Site Salins-les-Bains

La date de votre départ vous sera communiquée par votre médecin.

Les formalités administratives de départ (bulletin de situation, règlement du téléphone) se traitent à l'accueil.

Les documents médicaux (ordonnances, courriers) sont à retirer au secrétariat médical.

Site Arbois

La date de votre départ vous sera communiquée par votre médecin.

Les formalités administratives de départ (bulletin de situation) se traitent à l'accueil ou auprès des secrétaires médicales.

Les documents médicaux (ordonnances, courriers) sont à retirer auprès des soignants.

En cas de départ contre avis médical, vous devez signer une décharge dégageant la responsabilité médicale et civile de l'établissement.



CE QUE VOUS AUREZ À PAYER



Assurés Sociaux :

La participation à votre charge est formée du ticket modérateur (sauf hospitalisation en rapport avec ALD), et du forfait journalier.

Le ticket modérateur est, en général, **20% du tarif de prestations** affiché à l'accueil.

Il est supprimé :

- À partir du 31^{ème} jour consécutif d'hospitalisation.
- Lorsque l'hospitalisation est consécutive à une intervention avec acte médical ou chirurgical dont le coefficient est égal ou supérieur à 50, ou le tarif égal ou supérieur à 91€. Dans ce cas, une participation forfaitaire de 18€ vous sera facturée. Pour des soins en rapport avec une maladie ayant motivé l'octroi d'une couverture à 100%.
- A partir du 6^{ème} mois de grossesse.
- En cas d'accident du travail, de maladie professionnelle.
- Pour les bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de guerre.
- Pour les ressortissants du régime local d'Alsace Lorraine.

Le forfait journalier (en hospitalisation complète) est fixé par arrêté ministériel.

En sont exonérés :

- Les victimes d'accident du travail et de maladies professionnelles
- Les bénéficiaires de l'assurance maternité
- Les bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de guerre.



Non Assurés Sociaux :

Si vous n'êtes pas assuré social, vous paierez le tarif de prestation et le forfait journalier.

Le cas échéant, nous vous demanderons toute pièce pouvant justifier de votre situation pour l'obtention de la couverture maladie universelle de base et/ou complémentaire, ou de l'aide médicale rénovée.

Mutuelle :

Si vous êtes affilié à une mutuelle, signalez-le à l'accueil. Le CHIPR effectuera toutes les démarches pour obtenir le paiement direct de la mutuelle dans la limite des garanties accordées par votre contrat.

Mode de paiement :

Votre facture vous parviendra par l'intermédiaire de la trésorerie de Dole. Si vous bénéficiez d'une prise en charge par une mutuelle, l'établissement s'adressera directement à votre organisme.

Le personnel administratif est à votre disposition, ainsi qu'à celle de votre famille, pour tout renseignement, au bureau d'accueil.

Respect des droits du patient

DOSSIER MÉDICAL

Vous pouvez accéder à l'ensemble des informations concernant votre santé, directement (par courrier adressé au directeur), ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet.

Vous pourrez, soit consulter sur place, votre dossier médical, soit en recevoir une copie par voie postale. Des frais de copie et d'affranchissement vous seront facturés et adressés par voie postale par le Trésor Public.

Conformément à la réglementation, les dossiers médicaux sont conservés pendant une durée de vingt ans à compter de la dernière visite et durant dix ans, en cas de décès, à partir de la date de la mort du résident.

DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible sur internet.

Il contient les informations personnelles de santé nécessaires à votre suivi : traitements, antécédents médicaux et chirurgicaux, comptes rendus hospitaliers et de radiologie, analyses de laboratoire.

Avec votre accord, les professionnels de santé qui vous suivent peuvent ajouter dans votre DMP des documents de santé et partager ainsi les informations utiles à la coordination de vos soins.

DROIT À L'INFORMATION DU PATIENT

L'obligation d'information de votre médecin porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées, leur utilité, leur urgence, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus, les risques

nouveaux identifiés postérieurement à l'exécution des actes.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel par votre médecin sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité (pour tout rendez-vous, s'adresser au secrétariat médical).

PROTECTION DES PERSONNES

En cas d'accident, de maladie et /ou de handicap physique ou psychique, médicalement constaté(s) et entraînant une incapacité pour vous à pourvoir seul à vos intérêts, trois régimes de protection sont prévus : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

La demande de mise sous protection est adressée au Juge des Tutelles, par la personne à protéger elle-même, un membre de sa famille ou un proche, ainsi que le Procureur de la République. Les mesures de protection sont ordonnées par le Juge des Tutelles après examen d'un certificat médical et rencontre avec la personne concernée et ses proches.

PERSONNE DE CONFIANCE (POUR LES PERSONNES MAJEURES)

Vous pouvez désigner une personne de confiance (document en annexe) pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette désignation, révocable à tout moment, se fait par écrit en remplissant la fiche mise à votre disposition et à remettre au personnel soignant.

Vous disposez également de la possibilité de rédiger des directives anticipées (document en annexe).

COMMISSION DES USAGERS

Cette commission, que vous pouvez saisir, soit directement, soit en adressant un courrier à la Directrice de la Relation avec les Usagers, est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice, du fait de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

REPRÉSENTATION DES USAGERS

Les usagers sont représentés au sein du Conseil de Surveillance de l'établissement ainsi qu'au sein de divers comités.

Si vous souhaitez contacter le médiateur ou connaître les représentants des usagers siégeant dans les différentes instances, vous pouvez vous adresser aux responsables de services et / ou à la direction.

SÉCURISATION DES DONNÉES PERSONNELLES

Le CHIPR s'engage à ce que les traitements de données personnelles effectués soient conformes au règlement général sur la protection des

données (RGPD) et à la Loi Informatique et Libertés. Le nouveau Règlement Général sur la Protection des Données personnelles a pour vocation de mieux protéger vos données.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par les établissements médico-sociaux du CHIPR, dont la finalité est nécessaire à l'exécution du Contrat de Séjour incluant les données médicales en veillant au respect des obligations légales et réglementaires. Les données ne seront pas traitées à d'autres fins. Les destinataires sont les services internes et éventuellement les prestataires autorisés et habilités intervenant dans le cadre du Contrat de Séjour. Qu'elles soient sous forme de papier ou numérisées, les informations qu'elles contiennent sont protégées et seront conservées pendant la durée légale et celle de leur utilité.

Conformément au règlement Général de Protection des Données (RGPD) institué par le règlement européen n°2016-679 du 27 avril 2016 et à la loi du 06 janvier 1978 modifiée, la personne résidente dispose du droit d'accès aux données la concernant.

Par la signature de ce Contrat de Séjour, la personne résidente reconnaît avoir été informée oralement et par écrit du traitement de ses données personnelles strictement nécessaires à sa prise en charge et de ses droits d'accès et de rectification des données à caractère personnel.

La personne résidente est également informée de la possibilité de s'opposer au traitement de ses données personnelles, et que cette opposition peut entraîner l'impossibilité de réaliser la prise en charge de cette manière.

DROIT À L'IMAGE

Lors des activités, des photos ou vidéos peuvent être prises par les équipes d'animation. Elles permettent ensuite d'illustrer des communications internes ou externes, à l'égard des familles ou du public. Un formulaire de droit à l'image, renouvelable tous les 2 ans est transmis pour vous permettre de donner votre accord.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Vous pouvez en demander un exemplaire auprès du cadre de service.

VOTRE SATISFACTION, VOS SUGGESTIONS

Vos remarques et celles de vos proches, nous sont précieuses pour améliorer la qualité de nos prestations. Une enquête de satisfaction sera effectuée six mois environ après votre entrée. Une «boîte à idées et suggestions» est à votre disposition dans chaque service pour y déposer vos observations. Vous pourrez également être sollicité pour répondre à des enquêtes ponctuelles portant sur vos conditions de vie dans l'établissement.

Vous êtes invité à communiquer vos suggestions à vos représentants.

Nous nous engageons à tenir régulièrement informés le conseil de surveillance de l'établissement de votre opinion.

Un questionnaire « Enquête de satisfaction SANITAIRE » est placé à la fin de ce livret. Nous vous remercions de le renseigner.

Annexes

Contrat d'Engagement de Lutte contre la Douleur

Dans cet établissement, nous nous engageons à prendre en charge votre douleur.



Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Article L.1110-5 du code de la santé publique

« ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

Charte de la Personne Hospitalisée

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Principes généraux*

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier **est accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. **L'information** donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques** éventuels auxquels elle s'expose.
8. **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales** qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect **des droits des usagers**. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site internet en plusieurs langues : www.santé.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Droit des malades et fin de vie

La loi définit la fin de vie comme la situation dans laquelle se trouve une personne « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ».

La loi « Claeys Leonetti » n° 0 2016-87, du 02 Février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précise les droits des patients et organise les pratiques à mettre en œuvre quand la question de la fin de vie se pose.

Vous pouvez exprimer vos volontés en matière de fin de vie à travers **les directives anticipées** et **la personne de confiance**. Si ces dispositifs ne sont pas obligatoires, ils peuvent être un moyen pour réfléchir et dialoguer avec vos proches ou votre médecin. Par ailleurs, la loi interdit **l'obstination déraisonnable** (« acharnement thérapeutique ») et donne le droit au patient de refuser des traitements et de demander lui-même une **sédation profonde et continue jusqu'au décès**, s'il le souhaite et dans des conditions très strictes.

1. Les directives anticipées : De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées permettent de formaliser sur un document écrit la volonté du patient concernant sa fin de vie. Ces directives doivent être respectées par l'équipe médicale le moment venu. Le patient peut les réviser ou les annuler quand il le veut. En présence de plusieurs écrits, c'est le document le plus récent qui fera foi. Toute personne majeure, même sous tutelle - avec dans ce cas l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille - peut rédiger ses directives anticipées, sauf pour les mineurs.

2. La personne de confiance :

Toute personne majeure a le droit de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Le rôle de la personne de confiance est de rendre compte de la volonté du patient qui l'a désignée. Elle est consultée au cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Son témoignage prévaut sur tous les autres avis non médicaux, notamment ceux de la famille ou des proches. La personne de confiance est désignée par écrit. Elle doit cosigner le document la désignant comme telle. Ce document est révisable ou révocable, à tout moment par le patient. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance.

3. L'obstination déraisonnable (« acharnement thérapeutique ») :

On parle d'obstination déraisonnable (ou d'acharnement thérapeutique) lorsque des traitements sont poursuivis alors qu'ils sont inutiles, disproportionnés ou n'ayant pas d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Lorsqu'une personne hors d'état de manifester sa volonté est en fin de vie, les traitements qui résultent d'une « obstination déraisonnable » sont suspendus ou peuvent ne pas être entrepris. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées.

Dans le respect des directives anticipées, ou en leurs absences, après avoir discuté avec la personne de confiance ou, à défaut, avec la famille ou les proches, une procédure collégiale doit obligatoirement être respectée avant la suspension des actes ou la décision de ne pas les mettre en œuvre.

De manière générale, les professionnels de santé doivent en toutes circonstances évaluer, prévenir, prendre en compte et traiter la souffrance. Ils doivent également veiller à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

4. **Sédation profonde et continue jusqu'au décès :**

La sédation profonde et continue jusqu'au décès est un nouveau droit du patient, reconnu par la loi du 02 février 2016.

Toute personne a le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Cet accompagnement peut nécessiter une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie, pour soulager une personne malade qui présente une situation de souffrance vécue comme insupportable, alors que le décès est imminent et inévitable. Pour cela la loi définit les différentes conditions dans lesquelles la sédation profonde et continue peut-être mise en œuvre.

5. **Recours possible si désaccord entre le patient, la famille ou le médecin :**

En milieu hospitalier, en cas de conflit sur l'application de la loi, il est toujours possible de recourir à la médiation des CDU. Il en existe obligatoirement une dans chaque établissement de santé public ou privé. Il peut être utile de joindre la structure spécialisée en soins palliatifs (équipes mobiles, par exemple, qui peuvent vous aider à faire reconsidérer la situation). En cas de blocage extrême, des recours juridiques sont envisageables.

Source : guide publié par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris « Fin de vie que dit la loi ? » paru en Novembre 2016 et site internet www.parlons-fin-de-vie.fr.

À qui vous adresser ?

→ **Pour répondre à vos demandes d'information, d'orientation et d'écoute :**

Accompagner la fin de vie, s'informer, en parler

Tél. : 0811 020 300 (N° Azur)

→ **Pour connaître les structures spécialisées de soins palliatifs dans votre région :**

La Sfap (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)

Tél. : 01 45 75 43 86 - www.sfap.org (rubrique « répertoire »)

→ **Pour plus d'informations sur l'accompagnement de la fin de vie à l'hôpital :**

wwwv.hopital.fr (rubrique « la fin de vie »)

→ **Pour contacter les associations de bénévoles à l'accompagnement :**

Unasp (Union nationale des associations pour le développement des soins palliatifs)

Tél. : 01 53 42 31 39 - www.soins-palliatifs.org

Jalmalv (Jusqu'à la mort accompagner la vie)

Tél. : 01 40 35 17 42 - www.jalmalv.fr (rubrique « associations »)

Les petits Frères des pauvres

Tél. : 01 49 23 13 00 - www.petitsfreres.asso.fr (rubrique (« actions »))



Désignation de la personne de confiance

D'après la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiée par l'Art. L.1111-6, modifié par Loi n° 2016-87 du 2 février 2016-article 9

« 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 et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et 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.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer ».

La personne de confiance peut vous accompagner lors de vos entretiens médicaux. La personne de confiance peut poser des questions auxquelles vous n'auriez peut-être pas pensé, donner son avis et vous aider ainsi à prendre une décision. Cela ne signifie pas que la personne de confiance se substitue à vous, mais que les médecins doivent prendre son avis et l'informer.

Le médecin ou l'équipe médicale consultera **en priorité** votre personne de confiance dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions. L'avis recueilli auprès de votre personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Son rôle est particulièrement important en fin de vie. La personne de confiance peut en effet transmettre vos volontés en particulier **les directives anticipées** que vous lui aurez confiées.

L'avis de la personne de confiance est en principe uniquement consultatif : elle ne décide pas à votre place. Son intervention et son témoignage quant à vos volontés concernant les conditions de votre fin de vie, permettront, le cas échéant, au médecin de prendre une décision.

Enfin, votre personne de confiance n'a pas accès à votre dossier médical. Si vous souhaitez que certaines informations confidentielles ne lui soient pas dévoilées, l'équipe médicale respectera votre volonté.

**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**

Désignation de la personne de confiance

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 :.....

E-mail :

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

J'accepte l'assistance de la personne de confiance pour la connaissance et la compréhension de mes droits Oui Non

Fait à :..... le :

Signature

Co signature de la personne de confiance

Partie facultative

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 précitées 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

Co signature de la personne de confiance



**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**

Révocation de la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom et Prénom.....

Né(e) le : /..... /.....à.....

Mets fin à la désignation de

Nom et Prénom.....

Né(e) le : /..... /.....à.....

Qualité (lien avec la personne).....

Adresse :

.....

Téléphone :.....

E-mail :

Comme personne de confiance, en application de 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

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne 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.

Témoïn 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 àle /...../.....
Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)
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 àle /...../.....

Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance

Témoïn 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 àle /...../.....
Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)
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 àle /...../.....

Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance



Formulaire en cas de révocation d'une personne de confiance

Témoign 1 :

Je soussigné(e)

NOM et Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste :

NOM et Prénom :

A mis fin à 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 ;

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 àle /...../.....

Signature du témoin :

Témoign 2 :

Je soussigné(e)

NOM et Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste :

NOM et Prénom :

A mis fin à 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 ;

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 àle /...../.....

Signature du témoin :

Modèle de directives anticipées (Élaboration, modification, annulation)

Mes directives anticipées

Modèle A

Je suis atteint d'une maladie grave. Je pense être proche de la fin de ma vie.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1) à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2) à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

→ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

→ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

→ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, J'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

3) à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait leà

Signature :

Modèle de directives anticipées (Élaboration, modification, annulation)

Mes directives anticipées

Modèle B

Je pense être en bonne santé. Je ne suis pas atteint d'une maladie grave
Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer
au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1) à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2) à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

→ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....
.....

3) à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature :

Cas particulier



Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné(e) Nom et prénoms :

.....

Qualité :

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait-leà

Signature :

Témoin 2 :

Je soussigné(e) Nom et prénoms :

.....

Qualité :

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait-leà

Signature :



Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

.....

→ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

→ Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait-leà

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier.

Source document :

<http://social-sante.gouv.fr/IMPG/pdf/fichedirectivesanticipees>

ENQUETE DE SATISFACTION SANITAIRE

Afin de nous permettre d'améliorer la qualité de votre prise en charge, vous êtes invité(e)s à remplir ce questionnaire et le déposer à l'accueil ou aux infirmières ou cadres de santé. Merci de répondre en cochant les cases correspondantes

PRISE EN CHARGE



Que pensez-vous...	Excellent	Très bien	Bon	Mauvais	Très mauvais
... de l'accueil dans l'établissement ?					
... de la prise en charge de votre douleur ?					
... de l'efficacité des soins reçus pour calmer votre douleur ?					
... des informations reçues concernant votre prise en charge ? (objectifs et modalités de rééducation, durée prévisible du séjour...)					
... de l'évolution de votre état de santé et de votre autonomie par rapport aux objectifs fixés en début de votre séjour avec l'équipe ?					
... de la disponibilité du (des) médecin(s) à votre égard ?					
... des informations reçues dans le service concernant les médicaments qui vous ont été prescrits ?					
... du temps de réponse à vos demandes au cours du séjour ?					

INTIMITÉ - CONFIDENTIALITÉ



Que pensez-vous des précautions prises par le personnel...	Excellent	Très bien	Bon	Mauvais	Très mauvais
... pour respecter la confidentialité lors de votre séjour ?					
... pour respecter votre intimité lors des actes et soins quotidiens ?					

HÔTELLERIE



Que pensez-vous...	Excellent	Très bien	Bon	Mauvais	Très mauvais
... de l'horaire des repas ?					
... de la qualité des repas ?					
... de la propreté au sein de l'établissement (chambres, locaux communs) ?					

SOINS - SORTIE



Que pensez-vous de l'information médicale concernant...					
... vos consultations ?					
... vos résultats d'examen ?					
... vos dates de sortie ?					
... la reprise des activités après prise en charge ?					
... les explications délivrées par le médecin à la sortie ?					
... votre retour à domicile (aide à domicile, achat de matériel spécialisé, aménagement de votre habitat...)?					



Avez-vous la possibilité de participer aux décisions concernant votre traitement ?					
Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante (se déplacer, se laver, s'habiller, manger...) avez-vous pu l'obtenir ?					

SATISFACTION GÉNÉRALE



Opinion générale sur votre séjour dans l'établissement					
Recommanderiez-vous cet établissement à vos amis ou membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		

Commentaires

Votre service : Arbois SSR SALINS 1^{er} ÉTAGE SALINS 2^{ème} ÉTAGE
 SALINS 3^{ème} ÉTAGE SALINS 4^{ème} ÉTAGE

Merci pour votre participation

Plans d'accès



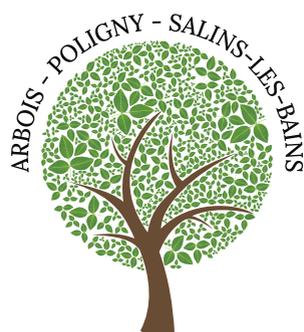
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

23, rue de l'hôpital – 39600 ARBOIS
03 84 66 44 00



**SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
Médecine Physique Réadaptation**

9, rue des Barres – 39110 SALINS LES BAINS
03 84 73 66 00



Centre Hospitalier
Intercommunal
PAYS DU REVERMONT

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL PAYS DU REVERMONT

9, rue du Docteur Germain - B.P. 101 - 39110 SALINS-LES-BAINS
Tél. 03 84 73 66 00 • Fax 03 84 73 66 22

Mail : secretariat.direction@chpr.fr