



# Dossier d'Admission

Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Les Melleyrines

Programme de Rééducation Nutritionnelle et de Réadaptation à l'Activité Physique

NOM PRENOM : .....

DATE SEJOUR : .....

DOSSIER A RETOURNER AVANT LE : .....

4 Impasse des Melleyrines  
43150 LE MONASTIER SUR GAZEILLE  
Tél. : 04.71.03.80.51 - Fax : 04.71.08.36.21  
[www.hdm43.fr](http://www.hdm43.fr)





## Qui sommes nous ?

Situé sur la Commune du Monastier sur Gazeille en Haute-Loire, le Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation, vous propose un programme d'Education Thérapeutique, sous la responsabilité médicale du médecin chef de service.

Ce programme propose aux **patients souffrant de diabète, ou d'un surpoids**, un séjour d'Education Thérapeutique intitulé "**Programme de Rééducation Nutritionnelle et Réadaptation à l'activité physique**", qui aborde les 4 axes principaux de la prise en charge de l'obésité :

- l'axe médical,
- l'axe diététique, l'axe activité physique et l'axe psychologique.

La durée du programme est de **4 semaines**.

Ce programme pluridisciplinaire a débuté le 1er janvier 2014 et a fait l'objet, suite à une évaluation quadriennale, d'un renouvellement d'autorisation par l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne, pour une durée de 4 ans, le 25 mai 2018.

# Le Programme d'Education Thérapeutique

« PROGRAMME DE REEDUCATION NUTRITIONNELLE ET READAPTATION A L'ACTIVITE PHYSIQUE »

Le programme d'éducation thérapeutique sera élaboré sur la base :

- d'un bilan initial éducatif partagé élaboré à partir de bilans effectués par les différents professionnels,
- de la définition commune d'un ensemble de compétences à acquérir grâce à des objectifs validés par le patient,
- du choix de séances collectives et/ou individuelles et de leur thème,
- de l'évaluation de l'atteinte des objectifs initiaux.

Les contenus éducatifs sont adaptés aux particularités de chaque individu. Ils sont proposés par des professionnels compétents dans leur domaine et formés à l'Education Thérapeutique du Patient. Ces professionnels participent également aux journées de réflexion et de formation proposées par l'association CALORIS (Centre Auvergnat de L'Obésité et de ses Risques en Santé).

- **Kinésithérapeute :**

- **Activité physique** non présentée comme une activité sportive ;
- Travail sur la **notion du plaisir et de réappropriation du corps** ;
- Tous les jours, en atelier individuel ou collectif, **travail sur la gestion de la douleur** ;
- Séances entre 30 mn et 1h30 ;
- **2 ateliers** en collaboration avec l'éducatrice APA sur :
  - « *Les représentations que les personnes ont de l'activité physique* »
  - « *Réflexion sur la suite à donner pour le retour à domicile* »
- **Recherche d'un retour vers une certaine autonomie.**

- **Educatrice APA :**

- **L'objectif : Redonner de l'autonomie aux patients,**
- 2 à 3 fois par semaine, **ateliers d'1h30, principalement en extérieur,**
- Activité physique initiée au travers de la *marche nordique*,
- Travail sur **l'équilibre et la coordination**
- **Travail postural.**

- **Diététicienne :**

- Atelier n°1 : Restriction cognitive : « *Qu'appelle-t-on sensation alimentaire ?* » ;
- Atelier n°2 : *Dégustation* - équilibre alimentaire - Réflexion sur ration alimentaire ;  
**Rencontre** individuelle à **mi-parcours** - **constitution de menus équilibrés** ;
- Atelier n°3 : **Réflexion** sur les propositions de menus (groupe de parole) ;
- **Prise du repas du midi** avec les patients, à **4 reprises** au cours du séjour, parfois en collaboration avec la psychologue.

- **Psychologue :**

- Dès la 1<sup>ère</sup> semaine, **rencontres individuelles** :
  - **Echange** autour des *objectifs* ;
  - **Travail sur le rapport à l'alimentation** (grignotage)
- Les 3<sup>èmes</sup> semaines : atelier de groupe 1h30 en moyenne avec :
  - *Un temps de relaxation* en pleine conscience, *Travail sur la respiration*,
  - **Groupe de parole**.
- 4<sup>ème</sup> semaine : **Bilan du patient**.

*Pas d'interférence de ces ateliers si le patient bénéficie déjà d'un suivi psychologique régulier ou suivi psychiatrique avant l'admission.*

***Dans un souci d'organisation, les plannings sont susceptibles d'être modifiés.***

## Les objectifs du Programme

- 1- Accompagner le patient vers un changement de comportement, en privilégiant les actions basées sur **l'équilibre alimentaire, le plaisir** (et ***non sur la privation***) et sur une ***reprise de l'activité physique***.
- 2- Rendre le patient **autonome dans ses choix en améliorant sa vie quotidienne**.

## L'équipe du Programme



Médecin  
Infirmière(s) Coordinatrice(s)  
Infirmier(s) et Aide-soignant(s)  
Kinésithérapeutes  
Educatrice Activité Physique Adaptée (APA)  
Psychologues  
Diététicienne  
Secrétaire

# Informations Diverses sur votre admission

## CRITÈRES D'ADMISSION

### Patients présentant une obésité

- ❖ Les patients nécessitant une préparation à différents type de chirurgie (chirurgie bariatrique, mais aussi cardiaque, orthopédique...) ou un suivi à distance de chirurgie ;
- ❖ Les patients sévèrement obèses qui sortent d'un séjour MCO et dont l'état de santé n'autorise pas un retour à domicile du fait de leur obésité ;
- ❖ Les patients nécessitant un séjour de "rupture" pour une prise en charge ne pouvant pas être réalisée au domicile et/ou nécessitant un éloignement du milieu familial ;
- ❖ Les patients nécessitant une rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité.

### Les critères d'inclusion

- ❖ Patients présentant un IMC >30 ;
- ❖ Patients volontaires pour intégrer un programme ETP.

## CHOIX DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

Le **CENTRE SMR LES MELLEVRINES** dispose **majoritairement** de chambres individuelles. Lors de votre demande d'admission, vous pouvez bénéficier d'une chambre de ce type. cette prestation est à votre charge ou prise en charge par votre organisme de mutuelle.

Nous vous encourageons à vous **renseigner auprès de votre complémentaire santé** avant votre admission, afin de savoir si celle-ci **prend en charge financièrement la chambre particulière** en secteur "médecine" (code DMT 519) le temps de votre hospitalisation qui durera **26 jours**.

## PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SÉJOUR

Si vous n'avez pas demandé de prise en charge financière auprès de votre mutuelle, l'établissement le fera dès votre arrivée et vous fera savoir les conditions de prise en charge au plus tôt.

Si vous ne bénéficiez d'aucune garantie ou d'une garantie partielle, et que vous souhaitez une chambre individuelle, les frais relatifs à cette dernière seront à votre charge.

# Désignation d'une personne de confiance

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade- Article L.1111-6 du Code de la Santé publique

## **Rôle et 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 de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, **l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ces décisions.**

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple : une hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique 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 :

- o Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- o Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- o 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.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

- **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 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 de l'équipe soignante.

#### **Attention :**

- La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- Sa mission ne concerne que votre santé.

#### **Qui peut la désigner ?**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire 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.

#### **Qui peut être la personne de confiance ?**

Vous pouvez désigner toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple votre conjoint, 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 sa portée. La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation.** A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation. Il convient de désigner que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas vous devrez en désigner une autre.

#### **Quand la désigner ?**

Vous pouvez la désigner à tout moment.

La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie, de votre état de santé... Désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits seront respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

#### **Comment la désigner ?**

**La désignation se fait par écrit en utilisant le formulaire de désignation ci-joint.**

**La personne que vous avez désignée doit cosigner le formulaire.**

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à tout moment.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, que cette désignation ou révocation est bien conforme à votre volonté.

### **Comment faire connaître le document et le conserver ?**

Il est important que les professionnels de santé soient informés que vous avez choisi votre personne de confiance et est ses coordonnées dans votre dossier.

A terme, le nom de votre personne de confiance pourrait être inscrit sur votre Dossier Médical Partagé.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

### **Autres rôles de la personne de confiance :**

La personne de confiance peut intervenir dans des contextes médicaux particulièrement encadrés par la loi :

- Les essais thérapeutiques : elle reçoit l'information adaptée si le patient ou son représentant légal ne peut pas la recevoir ;
- La recherche biomédicale : dans les situations où le consentement de la personne ne peut être recueilli (urgence ou personne hors d'état de le donner), celui-ci peut être demandé à la personne de confiance ;
- Les tests génétiques : lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de la personne concernée, la personne de confiance peut être consultée ;
- Lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la personne de confiance peut accompagner la personne malade lors des autorisations de sortie.

# Votre admission à Les Melleyrines

## Jour et Heure d'arrivée :

Les admissions au Centre SMR, pour le programme d'éducation thérapeutique, ont lieu **le lundi à 9H30**.

Suite à votre demande d'admission, si celle-ci est validée, vous aurez une information, une quinzaine de jours avant.

Cette information sera accompagnée de différents questionnaires à remplir ; ces questionnaires seront destinés aux intervenants et à rapporter le jour de votre admission.

## Formalités à remplir à votre arrivée :

A votre arrivée au Centre SMR, nous vous remercions de bien vouloir vous présenter à l'Accueil avec les documents originaux suivants afin de valider votre admission :

- carte vitale mise à jour ;
- carte de complémentaire santé en cours de validité pour l'année ;
- pièce d'identité en cours de validité ;

Vous devrez par la suite remettre à l'infirmière qui vous accueillera la pièce suivante :

- votre ordonnance avec votre traitement en cours.

## Effets personnels indispensables à votre prise en charge :

Dans le cadre de la continuité des soins et afin de vous garantir une qualité de prise en charge optimale, nous vous remercions de bien vouloir apporter dès votre arrivée :

### Pour la pratique de l'activité physique :

- vêtements confortables ;
- chaussures de sport (type basket) ;
- imperméable, polaire, veste chaude, casquette (selon la saison) ;

### Pour votre quotidien :

- affaires de toilettes (y compris les serviettes de toilette) ;
- pyjamas, pantoufles ;
- votre traitement médical en cours

### **Votre hébergement au sein de l'établissement :**

Nous vous recommandons de remettre vos objets de valeurs (espèces, chèques, carte bancaire, bijoux...) auprès du service administratif qui les déposera au coffre.

L'établissement décline toutes responsabilités en cas de perte ou de vol.

### **Les sorties en journée :**

Durant votre séjour, vous êtes considéré comme hospitalisé mais les **sorties peuvent être autorisées avec accord médical**. Dans tous les cas, il vous sera demandé de **prévenir l'infirmière ou une personne du secrétariat**.

Les sorties sont interdites après le repas du soir.

Si vous souhaitez utiliser votre véhicule personnel, veuillez le signaler lors de l'admission (il vous sera demandé de signer une décharge à la direction afin d'utiliser celui-ci).

### **Les permissions :**

Vous êtes hospitalisé(e) au sein de l'établissement pour une durée de 4 semaines.

Des permissions de sorties peuvent vous être accordées, sur avis favorable du médecin. Ces permissions se prennent en règle générale sur la journée.

Aucune permission ne sera accordée le week-end suivant l'admission.

**Les frais engendrés (transport compris) par ces permissions de sortie sont à votre charge.**

**L'ensemble du personnel du Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Les Melleyrines reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.**

# NOTICE D'INFORMATION

## Aide au remplissage du dossier d'admission

**Madame, Monsieur,**

Vous souhaitez intégrer le Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Les Melleyrines, et nous vous en remercions. Cette notice vous est destinée afin de vous aider dans le remplissage du dossier d'admission.

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Afin de traiter votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir les pièces justificatives suivantes :

- Copie de **VOTRE ATTESTATION PAPIER** de **sécurité sociale** en cours de validité à la date de votre admission.  
Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie.  
Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.  
Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.
- Copie recto-verso de votre **CARTE VITALE**.
- Copie **recto-verso** de votre carte de **COMPLÉMENTAIRE SANTÉ** en cours de validité à la date de votre admission, ainsi que **L'ACCORD** de **PRISE EN CHARGE** de votre mutuelle.
- Copie **recto-verso** d'une **PIÈCE IDENTITÉ** (carte d'identité, permis, passeport,...) en cours de validité.
- Duplicata** de l'**ORDONNANCE** de votre traitement en cours.
- Résultats de la dernière **PRISE DE SANG**, si bilan de moins de **3 MOIS**.
- FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE** jointe au dossier (**Formulaire N°1**)
- FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE** à remplir et à signer par vous même et à faire cosigner par la personne de Confiance (**Formulaire N°2**)
- FORMALITES D'ENTREE ET DE SORTIE** à remplir et à signer par vous même (**Formulaire N°3**)

## **FORMULAIRES D'ADMISSION A COMPLÉTER ET A NOUS RETOURNER SIGNÉS** **AVANT VOTRE ADMISSION**

Afin de valider votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir compléter **les trois formulaires suivants** :

**FORMULAIRE N°1** : Fiche administrative (recto - verso) - A COMPLÉTER ET A SIGNER PAR VOS SOINS

Il est **impératif** de renseigner **l'ensemble des informations demandées** sur ce document, notamment **les coordonnées détaillées de vos proches, tuteur ou curateur éventuel**.

**FORMULAIRE N°2** : Fiche de désignation de la personne de confiance - A COMPLETER ET A SIGNER PAR VOS SOINS et A FAIRE COSIGNER PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE

**FORMULAIRE N°3** : Fiche de Formalités d'entrée - A COMPLETER ET A SIGNER PAR VOS SOINS

Nous vous remercions de bien vouloir **retourner le dossier** dûment rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées, soit par courrier à l'adresse suivante :

**Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation**  
**A l'attention de Mme Stéphanie RADISSON**  
**LES MELLEVRINES**  
**4, IMPASSE DES MELLEVRINES**  
**43150 LE MONASTIER SUR GAZEILLE**

Soit **par mail** à l'adresse suivante : [secretariat.ssr@hdm43.fr](mailto:secretariat.ssr@hdm43.fr)

Soit **par fax** au : 04.71.08.36.21

# Formulaire n°1 : Fiche d'admission administrative

NOM MARITAL : ..... PRÉNOMS : .....  
NOM DE JEUNE FILLE : ..... SEXE :  Féminin  Masculin  
DATE DE NAISSANCE : .....  
SITUATION FAMILIALE :  Marié(e) - Pacsé(e) - en union libre  Célibataire  
 Veuf-veuve  Séparé(e) - divorcé(e)  
  
ADRESSE : .....  
.....  
.....  
  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TÉLÉPHONE FIXE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....  
ADRESSE MAIL : .....  
SITUATION PROFESSIONNELLE :  Actif  Retraité  Invalide  Inactif  
PROFESSION : .....

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE (nom et adresse) :  
.....  
.....  
.....  
  
NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ : .....  
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....  
BÉNÉFICIAIRE :  Assuré(e)  Conjoint  Enfant  Concubin  
  
100 % ALD :  Oui  Non  
Si oui, motif : .....  
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLÉMENTAIRE (nom et adresse) :  
.....  
.....  
.....  
  
NUMÉRO D'ADHÉRENT OU DE CONTRAT : .....  
TÉLÉPHONE DE L'ORGANISME : ..... NUMERO DE FAX : .....

POSITION JURIDIQUE :  Autonome  Sous tutelle  Sous curatelle  
  
**EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR**  
NOM DE L'ORGANISME : .....  
  
NOM ET PRENOM DU MANDATAIRE JUDICIAIRE : .....  
QUALITÉ :  Tuteur  Curateur  
ADRESSE : .....  
.....  
  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TÉLÉPHONE FIXE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

**COORDONNEES DE LA FAMILLE** (à remplir obligatoirement)

NOM- PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	ADRESSE	TÉLÉPHONE

**NOM ET PRENOM DU MEDECIN TRAITANT :** .....  
**ADRESSE :** .....  
.....  
**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....  
**TÉLÉPHONE FIXE :** ..... **NUMÉRO FAX :** .....

**NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN QUI PRESCRIT LE SÉJOUR :** .....  
**SPÉCIALITÉ :** .....  
**ADRESSE :** .....  
.....  
**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....  
**TÉLÉPHONE FIXE :** ..... **NUMÉRO FAX :** .....

**Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ?**  Oui  Non  
Si oui, à quelle date ?.....

**CHAMBRE PARTICULIERE**  
Souhaitez-vous une chambre particulière (49€/jour) ?  oui  non  
Votre mutuelle prend elle en charge la chambre particulière ?  Oui  Non  
Si oui, pouvez-vous nous indiquer le montant attribué et la durée de cette prestation ?.....  
Voulez-vous la télévision (4€/jour) ?  oui  non  
Voulez-vous le téléphone ?  oui  recevoir (5€)  appeler et recevoir (5€ + 20 €/mois) //  non  
Voulez-vous un code wifi (gratuit) ?  oui  non

**MODE DE TRANSPORT**  
Venez-vous avec votre véhicule personnel ?  oui  non

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**



## Formulaire n° 2 : FORMULAIRE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

SMR- EHPAD  
Les Melleyrines

Après avoir pris connaissance de l'information sur la personne de confiance au dos de ce formulaire :

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

Fait le :

Signature :

Je désigne la personne de confiance ci-dessous :

**PATIENT**

**Je soussigné(e)**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

**Désigne la personne de confiance suivante :**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec la personne : .....

Fait le :

Signature :

**PERSONNE DE CONFIANCE**

**Je soussigné(e)**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Email : .....

**Accepte d'être la personne de confiance de M/ Mme** .....

**Je m'engage à l'assister**, à sa demande, dans son parcours médical, **à respecter ses volontés**, notamment au cas où il en serait empêché.

**Je certifie avoir pris connaissance de mon rôle et l'accepter.**

Fait le :

Signature

**ATTESTATION par 2 témoins si la personne est dans l'incapacité d'écrire seule le formulaire**

**Témoin 1**

Nom et prénom : .....

Lien avec la personne : .....

J'atteste que la désignation de :

M/Mme.....

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme  
.....

Fait le :

Signature du témoin :

**Témoin 2**

Nom et prénom : .....

Lien avec la personne : .....

J'atteste que la désignation de :

M/Mme.....

Comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme  
.....

Fait le :

Signature du témoin :

**REVOCATION**

**Je soussigné(e) M/Mme.....**

Révoque la personne de confiance :

M/Mme .....

Fait le :

Signature :

## Formulaire n° 3

### FORMALITES D'ENTREE ET DE SORTIE EN SMR

#### A votre entrée :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....

➤ **Atteste avoir demandé, à mon admission :**

une chambre particulière       une chambre double

L'établissement procédera à **une demande de prise en charge** auprès de votre mutuelle et vous fera savoir les conditions de prise en charge au plus tôt.

Si vous ne bénéficiez d'aucune garantie ou d'une garantie partielle, et que vous souhaitez une chambre individuelle, les frais relatifs à cette dernière seront à votre charge.

➤ **Atteste demander le livret d'accueil** du SMR Les Melleyrines comprenant le règlement intérieur de l'établissement auquel j'accepte de me conformer.

➤ **Autorise l'établissement :**

- à me prendre en photo (*utilisée dans le dossier de soins et les documents associés*), dans le but d'une amélioration de l'identification du patient.

#### A votre sortie :

Vous devez prévoir **un moyen de règlement** (espèces, chèque ou carte bancaire) pour les frais éventuels : téléphone, télévision... et l'avance du forfait journalier et/ou de la chambre particulière suivant la prise en charge de votre mutuelle.

A .....

Le .....

**Signature du patient**