

La Mélod'hier



Livret TBien pour
être Très Bien !



TARIFS

Réservation.....500 €

Hébergement - prix de journée :

Chambre simple.....119.02 €
Chambre standing.....130.45 €
Chambre double.....97.26 €

Incluant :

- un médecin 6 jours sur 7
- 1 soignant pour 7 habitants + soins accompagnement
- 12 thérapeutes

Incluant :

- Fourniture et blanchissage linge hôtelier
- Blanchissage linge personnel identifié
- Les soins d'accompagnement de la vie quotidienne
- Animation quotidienne et spectacles

Dépendance - prix de journée :

Gir 5 ou 6.....5.96 €
Gir 3 ou 4.....14.06 €
Gir 1 ou 2.....22.15 €

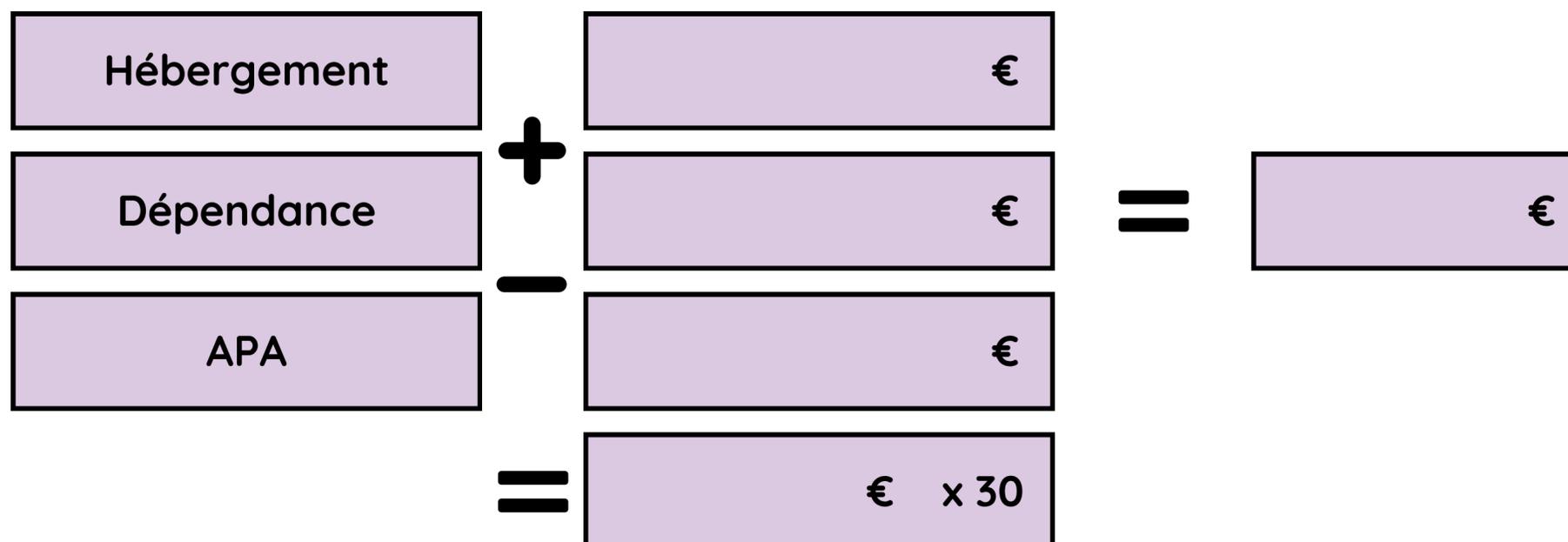
Incluant :

l' APA (demande auprès du département d'origine)
dossier à envoyer par lettre RAR.

Dans le dossier :

- Grille AGGIR / arrêté dépendance de la Mélod'Hier
- Attestation d'hébergement

CALCUL PRATIQUE :





CHECK-LIST ESSENTIELLE POUR VOTRE TRANQUILITÉ

TBIENVENUE

- Une photocopie couleur de votre carte d'identité recto-verso
- Une photocopie couleur de votre livret de famille avec toutes les pages
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile
- La carte vitale mise à jour
- La mutuelle
- Attestation sécurité sociale
- Cercle TBien accompagnement personnalisé
- Trousseau d'entrée : vêtements + trousse de toilette
- Un choix de médecin traitant
- Choix kinésithérapeute
- Un RIB
- Directive anticipée



PARLEZ-NOUS DE VOUS

L'entrée à la Mélod'hier est un moment important pour toute personne âgée et ses proches.



Ma famille et moi

Ma situation familiale

Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Ma famille

Mes enfants : _____

Mes petits-enfants : _____

Mes arrière petits-enfants : _____

Ma vie professionnelle

Les métiers que j'ai exercés : _____

Renseignements administratifs



Mes centres d'intérêts

Sorties Promenade Shopping Musée / exposition Bowling Restaurant

Activités manuelles Cuisine Tricot Couture Dessin / peinture Art floral Jardinage

Activités artistiques Danse Ecoute musicale Chant
Spectacle : acteur ou spectateur Théâtre

Autres _____



Jeux de société / cartes

Scrabble

Domin

Belotte

Loto

Quizz

Autres _____

o _____

Activités

Gymnastique douce

Marche

Pétanque

Atelier mémoire

Revue de presse

Jeux de mots

Lecture

Cinéma

Documentaire

Conférence diaporama

Messe

Expo-vente

Médiation animale

Autres _____

zzZ Mes habitudes de sommeil

Heure habituelle de lever : _____

Heure habituelle de coucher : _____

Sieste : _____

J'ai besoin d'être sécurisé(e) la nuit par combien de barrières :

0

1

2

La nuit :

Je dors bien

Je me lève la nuit

Je me réveille souvent

J'ai des insomnies

J'ai déjà chuté

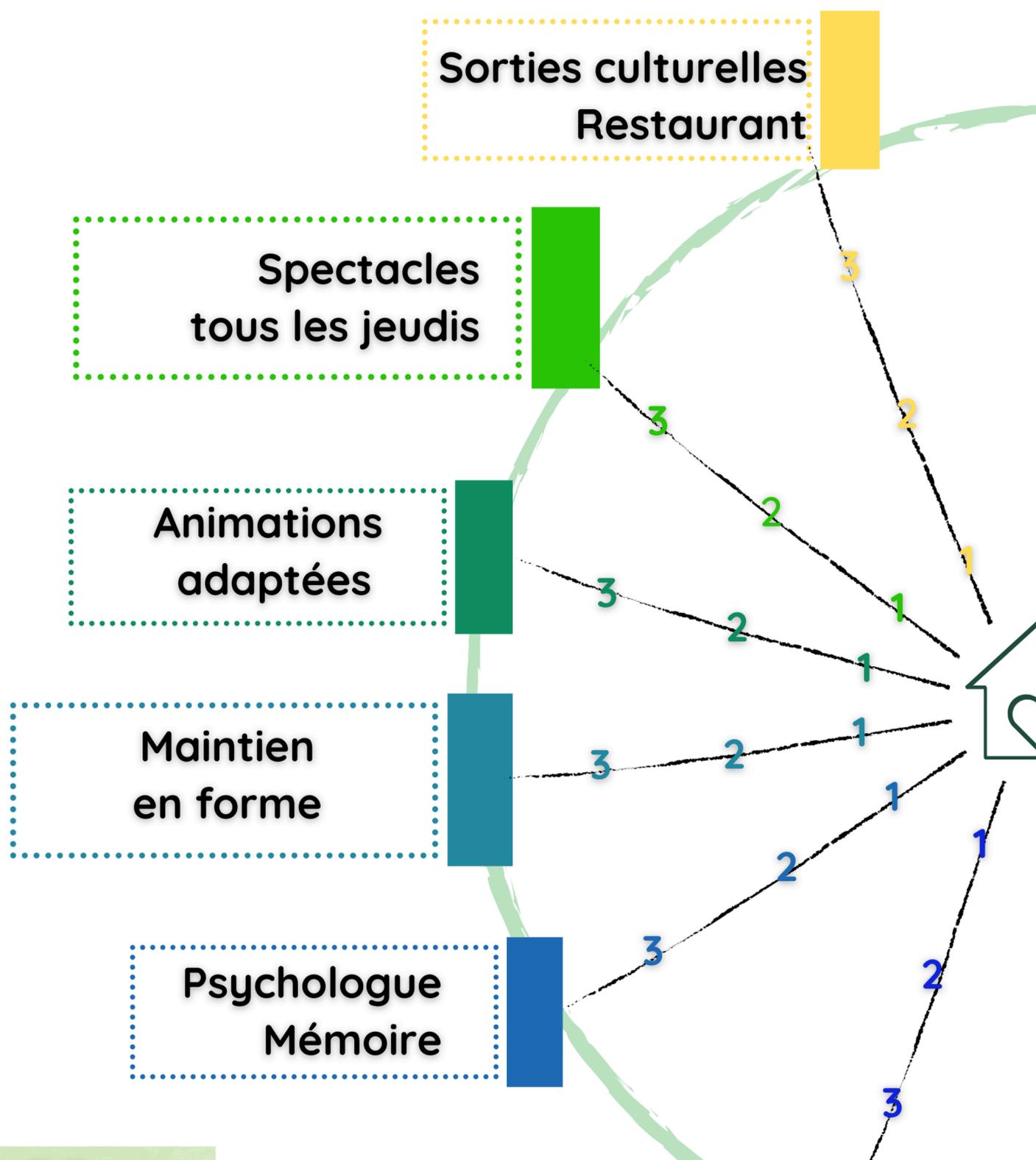
Je me sens angoissé(e)



PERSONNALISEZ VOTRE

Vous êtes unique.

Entourez vos désirs et construisez la vie qui vous convient.



LÉGENDE :

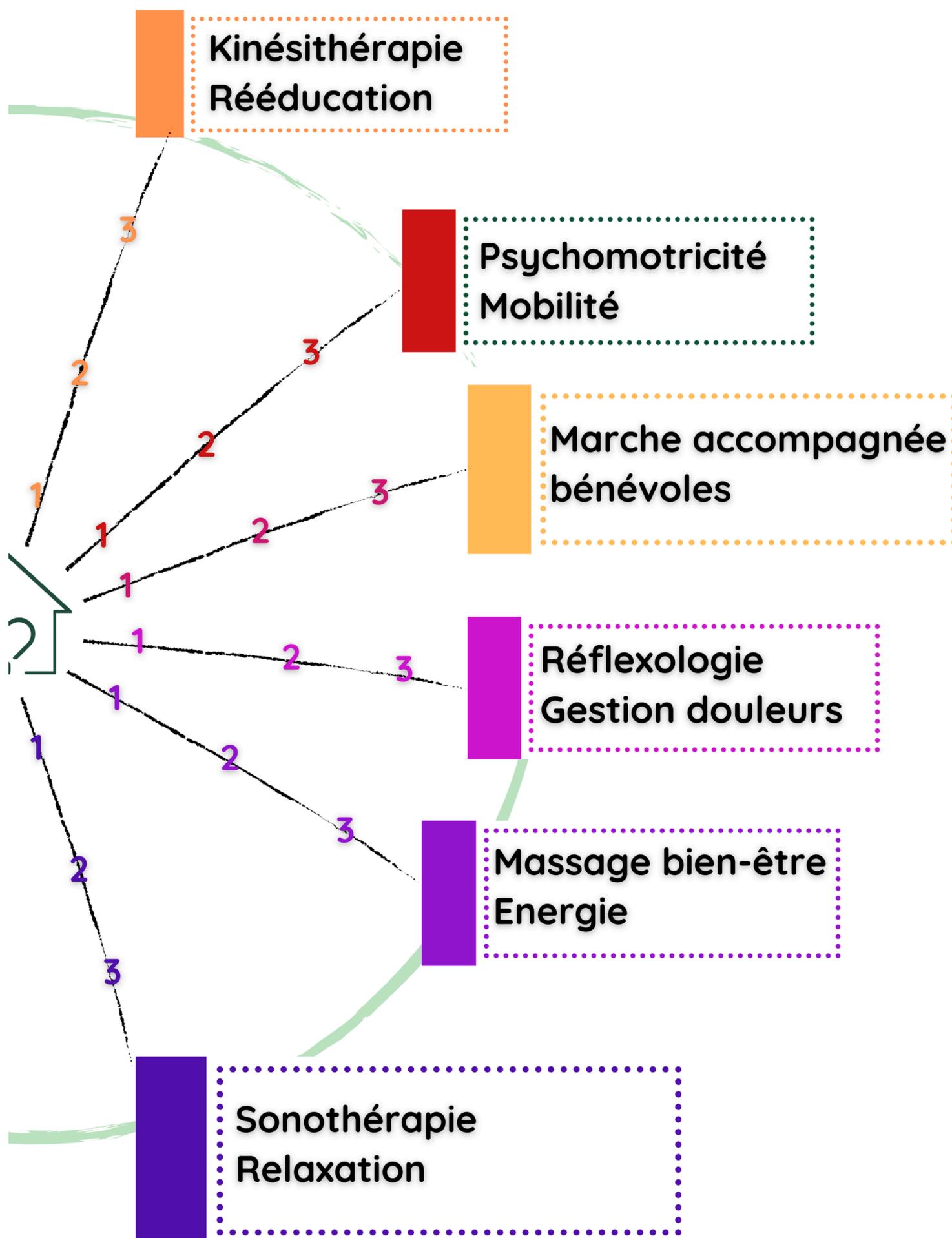
- 3 - J'adore
- 2 - J'aime bien
- 1 - Pourquoi pas
- 0 - Je ne veux pas



ACCOMPAGNEMENT

TBien est unique.

TBien = Thérapie Bien-être





DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

cerfa

N° 12485*03

(article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

L'assuré(e)	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>
Le bénéficiaire des soins	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom du médecin traitant
N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>
	Prénom <input type="text"/>
	Identifiant <input type="text"/>

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s) _____	Signature _____

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704b

La loi 78.17 du 6.1.78 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 pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).



DÉCLARATION DE CHOIX DU KINÉSITHÉRAPEUTE

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

L'assuré(e)

Nom _____

Prénom _____

N° d'immatriculation

Date de naissance

Adresse de l'assuré _____

Déclaration conjointe du bénéficiaire et du kinésithérapeute

Bénéficiaire	Kinésithérapeute référent
Je soussigné (e) , M, Mme,	Je soussigné (e) , M, Mme,
Déclare choisir le kinésithérapeute ci – contre comme kinésithérapeute référent	Déclare être le kinésithérapeute référent du bénéficiaire cité ci – contre
Signature :	Signature :

Déclaration signée le



DIRECTIVES ANTICIPÉES :

À quoi servent les directives anticipées ?



Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître **vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.**

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

Comment rédiger vos directives anticipées ?



- > **Vous devez être majeur.**
- > **Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.**
- > **Vous devez écrire vous-même vos directives.**
Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins, en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

- > **Le document est valable 3 ans.**
Vous devez donc les renouveler après le délai de 3 ans.
Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de 3 ans commence à courir. Vous pouvez détruire les anciens documents pour éviter toute confusion.
- > **Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie** (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), **et votre décision pour le don d'organes.**

Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?



- > **À tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement.**
Si vous ne pouvez pas écrire, le renouvellement ou la modification s'effectuent selon la même procédure que pour la rédaction. (Cf. comment rédiger vos directives ?).
- > **Vous pouvez également annuler vos directives.**
Il est préférable de le faire par écrit et d'en informer vos proches.

Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?



Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?



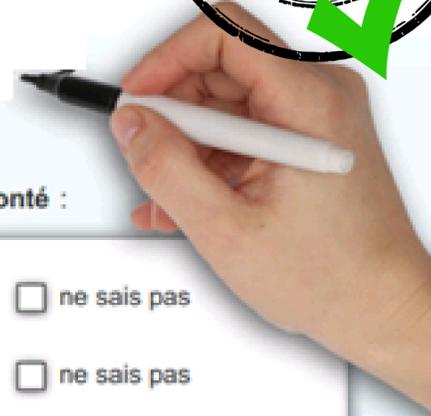
Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- > **Remettre vos directives à votre médecin traitant,**
- > **En cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical,**
- > **Conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix, (ex : votre personne de confiance). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de cette personne.**



TOUS CONCERNÉS



Je soussigné(e) (nom-prénom) : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

● **Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre : (cocher)**

> **Respiration artificielle**

(Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)

- Intubation / trachéotomie

oui non ne sais pas

- Ventilation par masque

oui non ne sais pas

> **Réanimation cardio-respiratoire** (En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

oui non ne sais pas

> **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

oui non ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (Par une sonde placée dans le tube digestif)

oui non ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (Par perfusion)

oui non ne sais pas

> **Rein artificiel** (Une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)

oui non ne sais pas

> **Transfert en réanimation** (Si mon état le requiert)

oui non ne sais pas

> **Transfusion sanguine**

oui non ne sais pas

> **Intervention chirurgicale**

oui non ne sais pas

> **Radiothérapie anticancéreuse**

oui non ne sais pas

> **Chimiothérapie anticancéreuse**

oui non ne sais pas

> **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**

oui non ne sais pas

> **Examen diagnostique lourd et / ou douloureux**

oui non ne sais pas

● **Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abréger ma vie : (cocher)**

oui non ne sais pas

● **Autres souhaits en texte libre :** _____

Fait à : _____

Le _____

Signature

NB : valable 3 ans

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin - Nom, prénom : _____

Qualité : _____

Date _____

Signature

2^{ème} témoin - Nom, prénom : _____

Qualité : _____

Date _____

Signature

Conservation

Je confie mes directives anticipées à :

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à : _____

Le _____

Signature

NB : valable 3 ans

Renouvellement à la fin des 3 ans

Document confirmé le : _____

Fait à : _____

Le _____

Signature

Modification avant la fin des 3 ans

Document modifié le : _____

● **Modifications :** _____

Fait à : _____

Le _____

Signature

Annulation avant la fin des 3 ans

Document annulé le : _____

Fait à : _____

Le _____

Signature



DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Né(e) le :

Adresse :

Désigne

de

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
 uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importance ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'information que je juge confidentielle et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen

Fait à COUBERT, le

En deux exemplaires, dont un pour le résident

Signature

La personne désignataire

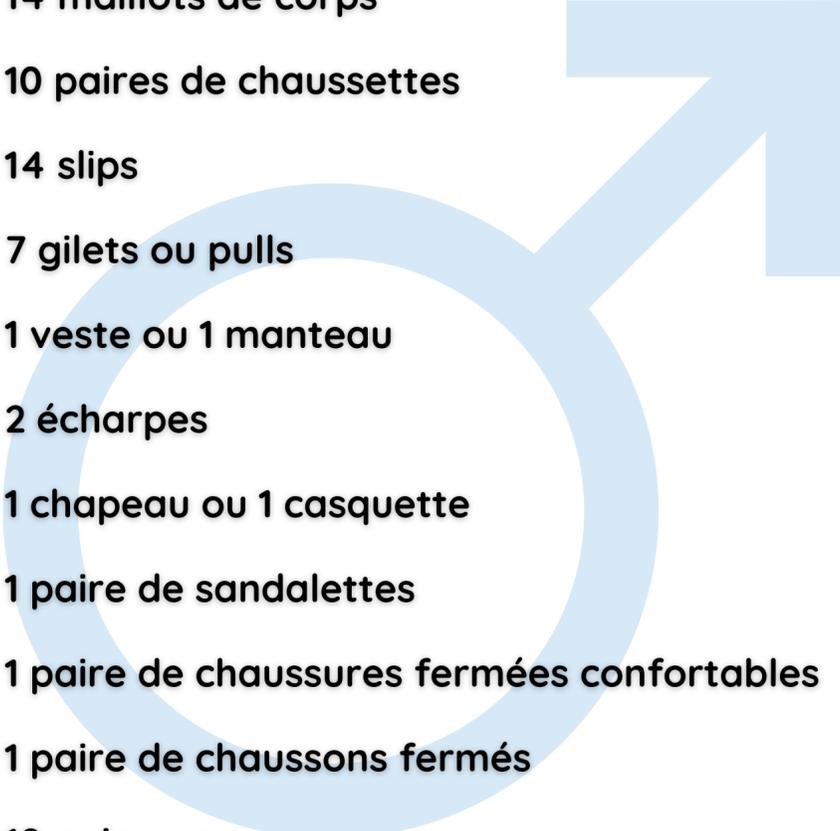
Signature

La personnes désignée



TROUSSEAU MINIMUM POUR L'ENTRÉE D'UN.E HABITANT.E

NÉCESSAIRE DE TOILETTE : peigne, savon ou gel douche (2), shampoing, brosse à dent, dentifrice, parfum ou eau de toilette, colle pour dentier et pastilles nettoyantes si nécessaire avec boîte à dentier, rasoir électrique ou manuel avec lames de rechange, piles appareil auditif.

- 
- 10 pantalons
 - 10 hauts ou chemises
 - 14 maillots de corps
 - 10 paires de chaussettes
 - 14 slips
 - 7 gilets ou pulls
 - 1 veste ou 1 manteau
 - 2 écharpes
 - 1 chapeau ou 1 casquette
 - 1 paire de sandalettes
 - 1 paire de chaussures fermées confortables
 - 1 paire de chaussons fermés
 - 10 pyjamas
 - Piles auditives

- 
- 10 pantalons, jupes ou robes
 - 10 hauts ou chemisiers
 - 14 maillots de corps
 - 10 paires de chaussettes, bas ou collants
 - 14 culottes
 - 7 soutien gorges (si besoin)
 - 7 gilets ou pulls
 - 1 veste ou 1 manteau
 - 2 écharpes ou foulards
 - 1 chapeau
 - 1 paire de sandalettes
 - 1 paire de chaussures fermées confortables
 - 1 paire de chaussons fermés
 - 10 chemises de nuit
 - Piles auditives

Cette liste est à titre informatif. Par contre, il est nécessaire que tout le linge soit marqué à l'arrivée même si le lavage est pris en charge par la famille.

Nous proposons également un forfait marquage de linge.



PRESTATIONS +

Repas invités (tout inclus).....14 €

Téléphone ligne privée / mois (communications incluses).....28€

Marquage linge et couture - 200 étiquettes.....120€

Remise à blanc de la chambre.....72€

Soins de pédicurie avec prescriptions médicale pour diabétique.....29.50€

Coiffure

Mise en plis / Brushing.....20€

Shampoing + coupe + brushing.....35€

Shampoing + coupe + permanente.....60€

Shampoing + coupe + couleur.....55€

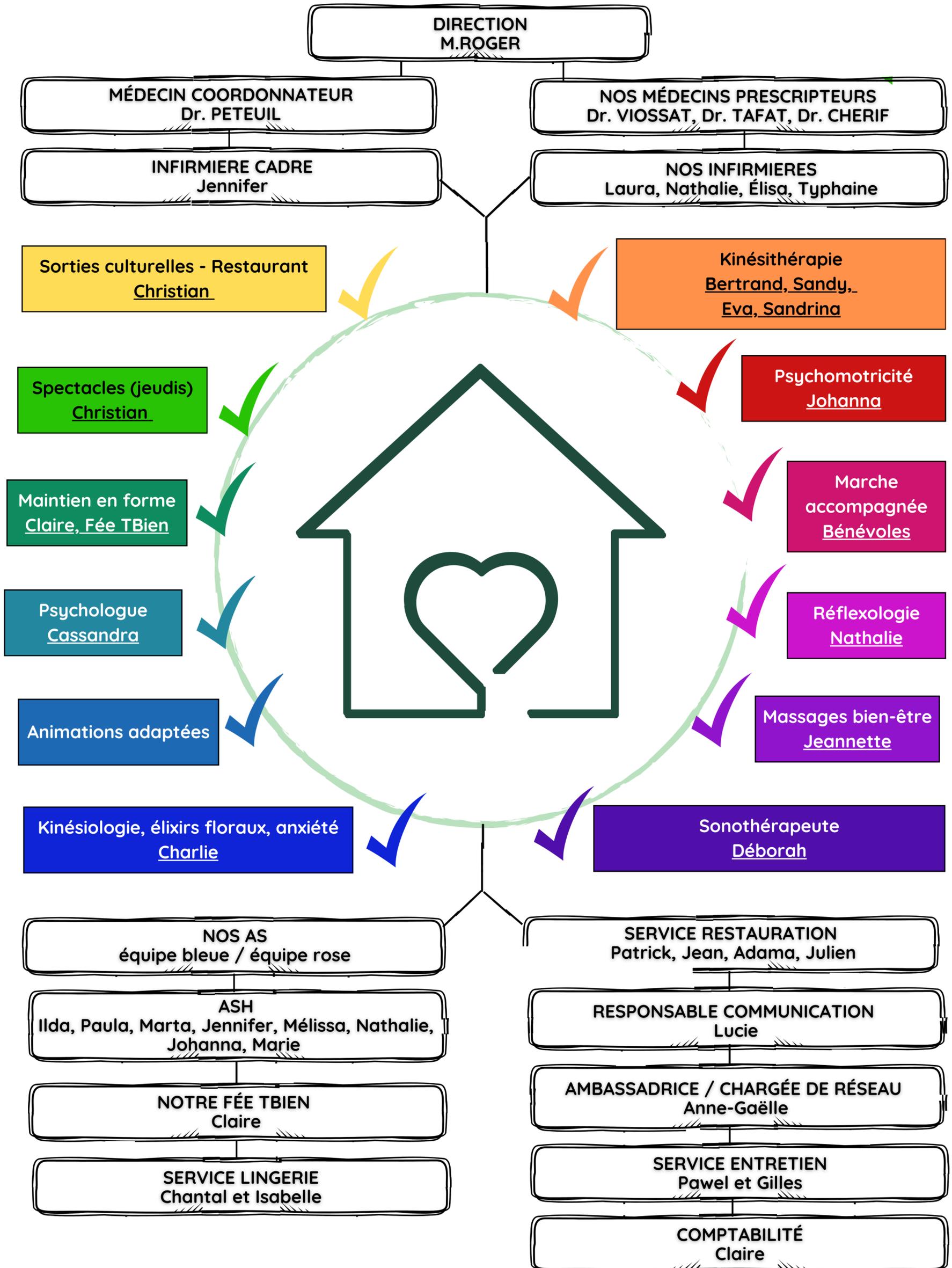
Shampoing + coupe homme.....18€

Les tarifs des confiseries et des produits d'hygiène sont affichés directement dans la boutique.

Les médecins, les kinésithérapeutes, la psychologue ainsi que tous les thérapeutes présents sur la structure reçoivent sur rendez-vous.



NOTRE ÉQUIPE TBIEN

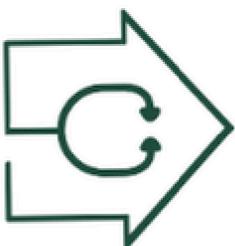




MAISON TBien OUVERTE A TOUS



Maison TBien



Espace TBien



Solution TBien

- Médecin 6j/7
- 10 thérapeutes bien être kiné, sophro, kinésio, psycho ...
- Spectacle hebdomadaire



- 8 spécialités
- Gynécologue / Orthophonie
- Infirmier / Kinésithérapeute
- Ostéopathe / Masseuse
- Coach en santé / coach de vie



- Financer le bien vieillir
- Humaine pour les séniors
- Du sens pour les soignants

