

Questionnaire



Pour l'agrément MSM d'un secteur RMA

Renseignements concernant la demande

▶▶ 1er agrément : oui non

▶▶ Mise à jour : oui non

▶▶ Extension : oui non

▶ si oui, précisez le nombre de lits _____

▶▶ Secteur médical (FSM): oui non

▶▶ Secteur repos-convalescence (FRC) : oui non

Accueil : ouvert fermé
 Religieuses Religieux Clergé Laïcs

▶ n° d'agrément si existant _____

Nom de la structure de vie _____

Adresse de la structure de vie _____

Code postal _____ Ville _____

Nom du responsable de la structure de vie _____

Tel. du responsable : _____

email _____ site internet _____

Structure appartenant à la Congrégation ou Communauté * oui non

Structure gérée par une association * oui non

* Joindre copie des statuts

Renseignements concernant la communauté et/ou la collectivité

Nom de la collectivité _____

N° de collectivité _____

Nom du responsable de la collectivité _____

Tel. du responsable de la collectivité _____

Nom et adresse de la communauté _____
(si différent de la collectivité)

_____ >>>

(si différent de la collectivité)

Nom du responsable de la communauté _____

Tel. du responsable de la communauté _____

Nom du Responsable de l'infirmier conventionnée _____

Existence d'une ou d'autres communautés bénéficiant du RMA oui non

si oui, précisez _____

Autres renseignements administratifs

Bénéficiez-vous d'une autorisation d'établissement médico-social délivrée par les pouvoirs publics (Conseil Général, ARS) ?

oui non

▶ si oui, type d'établissement :

PUV

EHPAD

EHPA

Autre type de structure

Foyer logement

Nombre de lits autorisés : _____

Date de l'autorisation : _____

Bénéficiez-vous de l'aide sociale ?

oui non

▶ si oui, type :

globale

partielle

Bénéficiez-vous de l'aide ménagère des Caisses de retraite ?

oui non

▶ si oui, nombre de bénéficiaires : _____

Bénéficiez-vous de l'APA individuelle ?

oui non

▶ si oui, nombre de bénéficiaires : _____

Bénéficiez-vous d'un autre forfait de Soins ?

oui non

Descriptif de la communauté

Vocation(s) de la communauté

- Maison-Mère
- Maison de Retraite
- Maison Diocésaine
- Monastère
- Autres, précisez : _____

Existence d'une activité de pension de famille ou d'hôtellerie ?

- oui non

Si oui accueil localisé dans un lieu distinct du secteur agréé ?

- oui non

Nombre de résidents de la communauté _____

[joindre en document synthétique la démographie de la communauté]

> dont, nombre de dépendants (GIR 1) _____

> dont, nombre de dépendants (GIR 2) _____

> dont, nombre de dépendants (GIR 3) _____

> dont, nombre de dépendants (GIR 4) _____

> dont, nombre de dépendants (GIR 5) _____

> dont, nombre de dépendants (GIR 6) _____

Nombre de résidents de l'infirmierie à agréer _____

Environnement géographique et sanitaire

La communauté est située :

- à la campagne
- en centre ville
- en périphérie de ville
- en bord de mer
- à la montagne

L'accès est possible :

- à pieds
- en transport en commun
- en Taxi, VSL, ambulance
- en voiture particulière

La communauté bénéficie de :

- un jardin
- un parc
- un parking
- un accès pompiers

>>>

La zone d'habitation est :

- très animée
- résidentielle
- au sein d'un grand ensemble
- calme
- assez calme

Etablissements sanitaires et médico-sociaux

les plus proches (clinique, centre hospitalier, EHPAD, PUV), précisez : _____

Autres caractéristiques environnementales, précisez : _____

Descriptif du secteur agréé

Situation du secteur :

- dans un bâtiment indépendant
- dans un espace dédié

Précisez le ou les étages _____

Existence d'une entrée spécifique
de l'extérieur ?

- oui
- non

Nombre de chambres réservées au secteur :

- ___ RMA
- ___ FSM
- ___ FRC

Description des chambres réservées au secteur agréé

Les chambres FSM sont-elles différentes des chambres FRC ?

- oui
- non

Description des chambres FSM ou FRC si non différentes :

> Surface chambre seule _____ m2

> Existence d'une salle d'eau spécifique oui non

▶ si oui, surface salle d'eau : _____ m2

- ▶ existence douche sans marche oui non
- ▶ existence douche avec marche oui non
- ▶ existence baignoire standard oui non
- ▶ porte d'accès coulissante oui non
- ▶ largeur porte d'accès _____ cm
- ▶ WC handicapé oui non
- ▶ WC standard oui non
- ▶ barres d'appui oui non
- ▶ lavabo oui non

Equipement des chambres

- ▶▶ largeur porte d'accès _____ cm
- ▶▶ lits médicalisés oui non
- ▶▶ système d'appel malade/chambres oui non
- ▶▶ système d'appel malade/salle d'eau oui non
- ▶▶ précisez type et fonctionnement du système d'appel : _____

- ▶▶ fauteuil oui non
- ▶▶ placard oui non
- ▶▶ prise téléphonique oui non
- ▶▶ sonorisation oui non
- ▶▶ autres : _____

Description des chambres FRC si spécifiques

- > Surface chambre seule _____ m2
- > Existence d'une salle d'eau spécifique oui non
 - ▶ si oui, surface salle d'eau : _____ m2
- ▶▶ existence douche sans marche oui non
- ▶▶ existence douche avec marche oui non
- ▶▶ existence baignoire standard oui non
- ▶▶ porte d'accès coulissante oui non
- ▶▶ largeur porte d'accès _____ cm
- ▶▶ WC handicapé oui non
- ▶▶ WC standard oui non
- ▶▶ barres d'appui oui non
- ▶▶ lavabo oui non

Equipement des chambres

- ▶▶ largeur porte d'accès _____ cm
- ▶▶ lits médicalisés oui non
- ▶▶ système d'appel malade/chambres oui non
- ▶▶ système d'appel malade/salle d'eau oui non
- ▶▶ précisez type et fonctionnement du système d'appel : _____

- ▶▶ fauteuil oui non
- ▶▶ placard oui non
- ▶▶ prise téléphonique oui non
- ▶▶ sonorisation oui non
- ▶▶ autres, précisez : _____

Description circulations «horizontales»

- ▶▶ largeur des couloirs _____ cm
- ▶▶ couloirs équipés de mains courantes oui non
- ▶▶ si oui, des 2 côtés : oui non
- ▶▶ sol, chambre et couloirs antidérapants oui non

Description circulations «verticales»

[à compléter si infirmerie située en étage]

- ▶ existence d'un ascenseur oui non
▶ si oui : compatible fauteuil roulant
 compatible brancard
- ▶ existence d'un ou plusieurs escaliers oui non
▶ si oui : nombre : _____
dont _____ confortable(s) (marches larges à faible hauteur)
- ▶ précisez l'accès aux lieux de cultes : _____

- ▶ existence d'un circuit d'évacuation des patients en cas d'urgence :
 oui non

Description des autres pièces de l'infirmerie

- ▶ existence de salle d'eau ? oui non
▶ si oui, nombre _____ équipée(s) d'une douche
avec marches _____ sans marche
- ▶ existe-t-il une salle de bain collective ? oui non
▶ si oui, nombre _____ équipée d'une baignoire pour handicapé
- ▶ existence d'une salle de soins oui non
▶ si oui, équipée : point d'eau ? oui non
- ▶ pharmacie fermant à clefs oui non
- ▶ chariot d'urgence oui non
- ▶ autres, précisez _____
- ▶ existence d'un cabinet médical : oui non
- ▶ existence de pièces de vie oui non
- salle à manger oui non
 - bibliothèque oui non
 - salle de détente ou rencontre oui non
 - lieu de télévision ou salon oui non
 - atelier d'activités oui non
- ▶ si non spécifique à l'infirmerie, précisez : _____

Temps
présence
ETP

Age

Personnels «paramédicaux»

▶▶ Infirmière(s) Diplômée(s) d'Etat*	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
▶ si oui, nombre :						
salariée(s)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
libérale(s)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
interne(s) à la communauté	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
SSIAD	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
• Personnels «aide(s) soignant(s)»*	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
▶ si oui, nombre :						
salarié(s)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
interne(s) à la communauté	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
SSIAD	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
• Personnels «aide(s)médico-psychologique(s)»*	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
▶ si oui, nombre :						
salarié(s)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
interne(s) à la communauté	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____
SSIAD	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	_____	_____

(*joindre copie des diplômes)

Personnels «médicaux»

▶▶ Médecins :	• internes	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
	• libéraux	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
▶▶ Kinésithérapeutes	• internes	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
	• libéraux	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Autres, précisez : _____

▶▶ Précisez l'organisation de la permanence des soins (jour, nuit, week-end)

Personnels de service

▶▶ Agents de service : oui non

▶▶ Précisez le temps de présence : _____

Autres personnels

▶▶ Précisez : _____

Responsable de l'infirmierie

- ▶▶ Nom - Prénom : _____
▶▶ Qualification : _____
▶▶ Date de naissance : _____

Pour tous les personnels, précisez s'ils sont spécifiques à l'infirmierie :

La cuisine de l'infirmierie est elle spécifique ? oui non

▶ si oui, la communauté a-t-elle recours à une société extérieure ? oui non

Sécurité

▶▶ Existe-t-il une pièce fraîche ? oui non

▶▶ Existe-t-il des extincteurs ? oui non

▶▶ Existe-t-il des détecteurs d'incendie ? oui non

▶▶ Existe-t-il des portes coupe-feu ? oui non

▶▶ Les pompiers connaissent-ils les lieux ? oui non

▶▶ Les pompiers considèrent-ils la structure de vie comme : (1)

• Habilitation collective oui non

• Etablissement recevant du public [ERP] oui non

▶▶ La cuisine a-t-elle fait l'objet d'une visite de la Commission d'Hygiène et de Sécurité? oui non (1)

(1) Joindre copie du rapport des pompiers ou de la Commission d'hygiène et de sécurité)

Avis du ou des Médecin(s) traitant(s) de la Communauté

Avis du Responsable de la Communauté et/ou de la Collectivité

Avis du Responsable de l'infirmierie

Questionnaire rempli par :

Nom - Prénom : _____

Fonction : _____

Date : _____

Signature



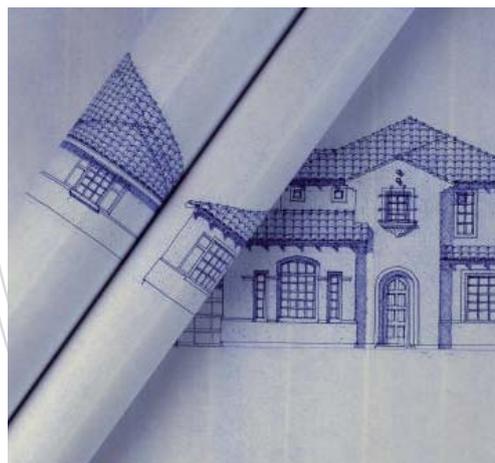
Adresser un exemplaire du questionnaire,
ainsi que les pièces jointes à l'adresse suivante :

Docteur Gérard de Bataille
Conseiller Médical
Service Médical
Mutuelle Saint-Martin
3, rue Duguay-Trouin
75280 PARIS CEDEX 06

Documents à joindre :

- ▶▶ photographies du secteur soins (chambre, salle de bains, salle de soins...),
- ▶▶ plans des locaux à agréer,
- ▶▶ document synthétique de la démographie de la communauté,
- ▶▶ une copie du rapport de la Commission d'hygiène et de sécurité,
- ▶▶ une copie du rapport des pompiers.

la santé partagée !



Contact :

Service Médical MSM
tél : 01 42 22 89 24

3, rue Duguay-Trouin 75280 PARIS CEDEX 06 • Tél : 01 42 22 07 77 • Fax : 01 45 48 53 90
www.mutuelle-saint-martin.fr