CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES

cavimac

Questionnaire

d'habilitation CAVIMAC pour reconnaissance d'un secteur FSI [Forfait Soins Infirmiers]

Caisse d'Assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes – Le Tryalis – Service du Contrôle Médical
9, Rue de Rosny – 93100 – Montreuil sous Bois - ☎ 01 41 58 45 45 – Fax 01 41 58 45 93 – www.cavimac.fr

Voir mobilité et retour du questionnaire en page 10

Renseignements concernant la demande

1er agrément : ☐ OUI ☐ NON
Mise à jour : ☐ OUI ☐ NON
Extension : ☐ OUI ☐ NON
▸▸ si oui, précisez le nombre de lits __ __

FSI secteur médical [FSM] : ☐ OUI ☐ NON
FSI secteur repos-convalescence [FRC] : ☐ OUI ☐ NON

Accueil : ☐ ouvert ☐ fermé
☐ Religieuses ☐ Religieux ☐ Clergé ☐ Laïcs

N° d'habilitation 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 _____

☎ 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 la collectivité __ __ __ __

Nom du Responsable de la collectivité _____

☎ du Responsable de la collectivité _____

Nom et adresse de la communauté _____

_____

Nom du Responsable de la communauté _____

☎ du Responsable de la communauté _____

Nom du Responsable de l'infirmerie conventionnée _____

Existence d'une ou d'autres communautés bénéficiant du FSI ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez _____

_____

Autres renseignements administratifs

Bénéficiez-vous d'une autorisation d'établissement médico-social délivrée par les Tutelles ? *(Conseil Général, ARS)* ☐ OUI ☐ NON

▸▸ si oui, type d'établissement : ☐ PUV ☐ EHPAD ☐ EHPA ☐ Autre maison de retraite ☐ 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 FSI : ☐ OUI ☐ NON

Nombre de résidents de la communauté __ __
(joindre en document synthétique la démographie de la communauté)

▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR1) __ __
▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR2) __ __
▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR3) __ __
▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR4) __ __
▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR5) __ __
▸▸ dont, nombre de dépendants (GIR6) __ __

Nombre de résidents de l'infirmerie à habiliter __ __

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 F.S.I.

Situation du secteur

- ☐ dans un bâtiment indépendant
- ☐ dans une zone spécifique

Précisez le ou les étages _____

_____

Existence d'une entrée spécifique de l'extérieur ☐ OUI ☐ NON

Nombre de chambres réservées au secteur FSI __ __

FSM __ __ FRC __ __

Description des chambres réservées FSI

Les chambres FSM sont-elles différentes des chambres FRC ☐ OUI ☐ NON

Description des chambres FSM ou FRC si non différentes

> Surface chambre seule ____ m^2
> Existence d'une salle d'eau spécifique ☐ OUI ☐ NON
  ➢ Si oui, surface salle d'eau : ____ m^2
    ▸▸ 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 ____ m^2
> Existence d'une salle d'eau spécifique ☐ OUI ☐ NON
  ➢ Si oui, surface salle d'eau : ____ m^2
    ▸▸ 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 deux côtés : ☐ OUI ☐ NON
- sol chambre et couloirs antidérapant ☐ 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 : _____

_____

- précisez le circuit d'évacuation des patients en cas de besoin : _____

_____

- précisez le circuit d'évacuation des patients en cas d'urgence : _____

_____

Description des autres pièces de l'infirmerie

- existence de salle d'eau/de bains collectives ☐ OUI ☐ NON
  - si oui : nombre ____ ____ équipée de salle d'eau
    avec marches ____ ____ sans marche
- exite-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 : _____

_____

Organisation de la prise en charge F.S.I.

Personnels « paramédicaux »

				Temps présence ETP	Age
infirmière(s) Diplômée(s) d'Etat ✶		☐ OUI	☐ NON		
si oui,	salariée(s)	☐ OUI	☐ NON	____	____
	libérale(s)	☐ OUI	☐ NON	____	____
	interne(s) à la communauté	☐ OUI	☐ NON	____	____
	SSIAD	☐ OUI	☐ NON	____	____

> Personnels « aide(s) soignant(s) » ✶

si oui,	salarié(s)	☐ OUI	☐ NON	____	____
	interne(s) à la communauté	☐ OUI	☐ NON	____	____
	SSIAD	☐ OUI	☐ NON	____	____

> Personnels « aide(s) médico-psychologique(s) » ✶

si oui,	salarié(s)	☐ OUI	☐ NON	____	____
	interne(s) à la communauté	☐ OUI	☐ NON	____	____
	SSIAD	☐ OUI	☐ NON	____	____

Personnels « médicaux »

Médecins	Internes	☐ OUI	☐ NON
	libéraux	☐ OUI	☐ NON
Kinésithérapeutes	Internes	☐ OUI	☐ NON
	libéraux	☐ OUI	☐ NON

Autres, précisez : _____

_____

_____

✶ Joindre copies des diplômes

- 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'infirmerie

- Nom – Prénom : _____
- Qualification : _____
- Age : _____

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

_____

_____

La cuisine de l'infirmerie 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'infirmerie

Questionnaire rempli par :

NOM – Prénom : _____

Fonction : _____

Date : _____

SIGNATURE

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

Docteur Michel ALLAIN
Médecin Conseil Chef de Service
Service du Contrôle Médical
CAVIMAC
Le Tryalis – 9, rue de Rosny
93100 MONTREUIL sous BOIS

A retourner accompagné :

- des photographies du secteur soins,
- des plans des locaux à habiliter,
- du document synthétique de la démographie de la communauté,
- d'un exemplaire du rapport de la Commission d'hygiène et de sécurité,
- d'un exemplaire du rapport des pompiers.

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES

cavimac

Version Décembre 2011