

# Questionnaire

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



**Voir mobilité et retour du questionnaire en page 10**

## Renseignements concernant la demande

1<sup>er</sup> 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  Clergé  Laïcs  
 Religieuses  Religieux

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'infirmierie 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'infirmierie 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<sup>2</sup>
- > Existence d'une salle d'eau spécifique  OUI  NON
- Si oui, surface salle d'eau : \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- ▶ 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<sup>2</sup>
- > Existence d'une salle d'eau spécifique  OUI  NON
- Si oui, surface salle d'eau : \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- ▶ 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
- » 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                     | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| > si oui, équipée : point d'eau ?                    | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| » pharmacie fermant à clefs                          | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| » chariot d'urgence                                  | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| » autres, précisez : _____                           |                          |     |                          |     |
| » existence d'un cabinet médical :                   | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| » existence de pièces de vie                         | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| ■ salle à manger                                     | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| ■ bibliothèque                                       | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| ■ salle de détente ou rencontre                      | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| ■ lieu de télévision ou salon                        | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| ■ atelier d'activités                                | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| > si non spécifique à l'infirmerie, précisez : _____ |                          |     |                          |     |

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

<b>Personnels « paramédicaux »</b>					Temps présence ETP	Age
» infirmière(s) Diplômée(s) d'Etat *	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON		
> si oui, 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) » *						
> si oui, 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) » *						
> si oui, 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	_____	_____
<b>Personnels « médicaux »</b>						
» 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	
<b>Autres, précisez :</b> _____						
_____						
_____						

\* 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'infirmierie

» Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

» Qualification : \_\_\_\_\_

» Age : \_\_\_\_\_

**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)

▪ habitation 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 :**

CAVIMAC  
Service des Prestations extra légales  
Pôle FSI  
Le Tryalis – 9, rue de Rosny  
93100 MONTREUIL sous BOIS



**A retourner accompagné :**

- ▶▶ des photographies du secteur soins,
- ▶▶ des plans des locaux à habiter,
- ▶▶ 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.

