

**Demande d'Admission en
SSIAD**

Service de Soins Infirmiers à Domicile

Services Destinataires :

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Direction | <input type="checkbox"/> Serv. Techniques | <input checked="" type="checkbox"/> Médecine | <input checked="" type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> MAIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Qualité-Gestion des risques | <input type="checkbox"/> Informatique | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD Saint Jean | <input type="checkbox"/> Diététique | <input type="checkbox"/> UPSAV |
| <input type="checkbox"/> Affaires Générales | <input type="checkbox"/> Restauration | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD du Mont | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> DIM |
| <input type="checkbox"/> Serv. du Personnel | <input type="checkbox"/> Magasin | <input checked="" type="checkbox"/> EHPAD La Courtine | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Cons. Spécial. |
| <input type="checkbox"/> Serv. Economique | <input type="checkbox"/> Blanchisserie | <input checked="" type="checkbox"/> USLD | <input type="checkbox"/> Psychomotricité | <input type="checkbox"/> Méd. du travail |
| <input type="checkbox"/> Facturation | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input checked="" type="checkbox"/> SSR | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> EOH |
| <input type="checkbox"/> Bureau des entrées | <input type="checkbox"/> Stérilisation | <input type="checkbox"/> Urgences | <input checked="" type="checkbox"/> Serv. Social | <input type="checkbox"/> Astreinte |
| <input type="checkbox"/> Archives | <input checked="" type="checkbox"/> Coordination des soins | <input type="checkbox"/> Imagerie | <input type="checkbox"/> Animation | <input type="checkbox"/> Tous les services |
| | | <input type="checkbox"/> Chirurgie Ambu. | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Catégorie de personnels concernés :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Directeur | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin | <input checked="" type="checkbox"/> Coordinateur des soins | <input type="checkbox"/> animateur |
| <input type="checkbox"/> Encadrement administratif | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input checked="" type="checkbox"/> Cadre de Santé | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input type="checkbox"/> Personnel administratif | <input type="checkbox"/> Préparateur | <input checked="" type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Resp. serv. logistique | <input type="checkbox"/> Agent de stérilisation | <input type="checkbox"/> AS | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute / P.A.P.A. |
| <input type="checkbox"/> Agent serv. logistique | <input type="checkbox"/> Radiologue | <input type="checkbox"/> ASHQ | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Pilote MAIA | <input type="checkbox"/> Manip. Radio | <input type="checkbox"/> Patient/Résident | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas | <input type="checkbox"/> Informaticien | <input checked="" type="checkbox"/> Assistante Sociale | <input type="checkbox"/> Brancardier |
| <input type="checkbox"/> Agents UPSAV | <input type="checkbox"/> TIM | <input type="checkbox"/> Tous les personnels | <input type="checkbox"/> EOH |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

A compléter par le responsable du service de soins à domicile.

Date de réception de la demande :.....

Dossier validé : OUI NON

Si non, motif de refus :

.....

Date de la visite initiale :.....

Ce dossier comprend :

- une **partie administrative** renseignée par la personne concernée ou toute autre personne habilitée pour le faire (travailleur social,...),
- une **partie médicale**, datée signée par le médecin traitant ou un autre médecin, qui permet notamment d'émettre un avis sur la possibilité de prendre en charge la personne.

Ce dossier est à remettre sous pli à l'infirmière coordinatrice du SSIAD.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Pour bénéficier des prestations du SSIAD, il est indispensable :

- d'avoir une prescription médicale,
- de présenter une perte d'autonomie correspondant au moins à un GIR 4,
- de résider dans le secteur d'intervention du SSIAD,
- d'avoir un état de santé compatible avec la prise en charge SSIAD,
- d'accepter les soins prodigués par les infirmiers et les aides-soignants du service,
- d'accepter l'utilisation de matériel jugé indispensable (lit médicalisé, lève malade,...)
- d'accepter l'aménagement de votre lieu de vie,
- d'accepter les horaires et le nombre d'interventions proposées,
- d'obtenir le consentement du patient et pas seulement celui de l'entourage.

Votre demande ne sera enregistrée qu'à réception du dossier complet.

Si vous ne pouvez pas bénéficier d'une prise en charge par le SSIAD, nous vous orienterons vers une structure adaptée à votre situation.

PARTIE ADMINISTRATIVE

❖ Renseignements sur la personne concernée :

Etat civil :

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

(suivi, s'il y lieu du nom d'usage)

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Pays ou département :

N° de sécurité social :

Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

Retraité de (profession) :

Situation familiale :

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e)

Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) :

Mesure de protection juridique :

OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

Habitat : Maison individuelle Appartement

❖ Renseignements sur le(s) contact(s) familial ou l'aidant proche :

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

(suivi, s'il y lieu du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :



IMPRIME

Page : 4/7

Référence : 18-IMP-422

Indice de révision : 3

Secteur : SSIAD

Date d'application : 12/11/19

Rédacteur : /

**Demande d'Admission en
SSIAD**

Service de Soins Infirmiers à Domicile

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

(suivi, s'il y lieu du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

❖ **Renseignements sur la personne ayant rempli le dossier :**

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

(suivi, s'il y lieu du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Relation avec la personne concernée :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

**Demande d'Admission en
SSIAD**

Service de Soins Infirmiers à Domicile

❖ Intervenants :

Médecin traitant : (si différent du médecin qui fait la demande)

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Aide à domicile : par l'APA par la caisse de retraite

Nom de l'association :

Nom de l'aide à domicile :

N° de téléphone :

Nombre d'heure par semaine :

Kinésithérapeute :

Nom :

Adresse :

Téléalarme :

Nom de la société :

Adresse :

Portage de repas à domicile :

Nom de la société :

Adresse :

❖ Commentaires et recommandations éventuelles :

.....

.....

.....

Demande d'Admission en SSIAD

Service de Soins Infirmiers à Domicile

Poids :	Taille :	Portage de bactérie multi résistante :
Allergies :		Si oui, préciser :
		Date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie :	Oui	Partiel	Non
Transfert			
Déplacement	Intérieur		
	Extérieur		
Toilette	Haut		
	Bas		
Élimination			
Habillage			
Alimentation			
Orientation	Temps		
	Espace		
Communication pour alerter			
Cohérence			

Symptômes psycho comportementaux	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Troubles du sommeil		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		
Durée du soin :		
Type de pansement :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilation		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Matériel nécessaire :	En place	A prévoir	En place	A prévoir
Lit médicalisé			Fauteuil roulant	
Matelas anti escarre			Déambulateur	
Lève malade			Cannes anglaises	
Verticalisateur			Fauteuil coquille	
Chaise garde-robe			Urinal	
Oxygène			Téléalarme	
Autres :				