

**SSIAD- SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE**

**10 place de l’Hôtel de Ville 54240 JOEUF**

**Tél 03 82 47 52 94 Fax 03 82 47 52 95 mail : coordinatrice.ssiad@asspo.fr**

DEMANDE D’ADMISSION

|  |
| --- |
| **DEMANDE INITIALE  :**  |
| En date du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Personne demandant l’intervention du SSIAD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **BENEFICIAIRE DES SOINS  :**  |
| **Nom / Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Nom de jeune fille :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**Adresse** N° : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Rue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Complément d’adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Organisme gestionnaire d’assurance maladie :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**N° d’immatriculation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Médecin traitant :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**I.D.E libéral(aux) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Assistant(e) social(e) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Si hospitalisation en cours, établissement hospitalier :****Médecin hospitalier :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Service d’hospitalisation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Date de sortie prévue :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

 |
| Situation de famille : [ ] marié(e) [ ] veuf(ve) [ ] vie maritale [ ] célibataire [ ]  divorcé(e) Personne(s) à contacter : nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. qualité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. qualité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mesure de protection juridique : [ ] non [ ]  oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Assuré(e), si diffèrent(e) du bénéficiaire des soins :**  |
| Nom/prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Lien avec l’assuré : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Informations médicales : joindre la grille AGGIR :**  |
| Antécédents/pathologiesCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **A la sortie de l’hôpital, la personne aura-t-elle besoin d’une aide humaine pour  :**  |
| [ ]  Toilette [ ]  Aide à la toilette[ ]  Habillage/déshabillage [ ]  Lever/coucher [ ]  Protection jour [ ]  Protection nuit  |

|  |
| --- |
| **Mode de vie :** |
| [ ]  Seul(e) [ ]  Avec une personne autonome [ ]  Avec une personne dépendante [ ]  Avec ou chez enfant  |
| **Conditions de vie :** |
| [ ]  Appartement [ ]  Maison [ ]  Foyer logement [ ]  Etage sans/avec ascenseur [ ]  Appartement [ ] Accès par des marches[ ]  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Entourage :** |
| [ ]  Famille proche et aidante [ ]  Voisinage aidant[ ]  Sans contact familial [ ]  Totalement isolé(e)  |

|  |
| --- |
| **Soins d’hygiène et de confort pris en charge par le SSIAD :**  |
| Rythme et fréquence d’intervention : [ ]  Matin [ ]  Après midi [ ] lundi [ ] mardi [ ] mercredi [ ] jeudi [ ] vendredi [ ] samedi [ ]  dimanche Actes /détails du protocole de prise en charge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Soins infirmiers pris en charge par les infirmiers libéraux :**  |
| Rythme et fréquence d’intervention : [ ]  Matin [ ]  Midi [ ]  Soir[ ] lundi [ ] mardi [ ] mercredi [ ] jeudi [ ] vendredi [ ] samedi [ ]  dimanche Actes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autre(s) aide(s) déjà en place :**  |
| A.P.A. [ ]  non [ ]  oui Organisme/Service d’aides à la personne : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nature(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Nombres d’heures par jour/semaine : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Document dûment complété à faire parvenir au SSIAD.**