asspo-declinaison

**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/pathologies  Cliquez 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.**