



**DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD**

Date de prise en charge souhaitée : ...../...../.....

Usager :     M.             Mme             Melle

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Profession : .....

Situation :     Assuré             Conjoint             Ascendant             Autre  
                   Célibataire         Marié(e)             Divorcé(e)             Veuf             Autre

Adresse d'intervention : .....  
.....  
.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

N° Immatriculation Sécurité Sociale : \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_

Nom de la Sécurité Sociale : .....

Attestation Sécurité Sociale

Protection juridique :  Oui  Non Si oui, précisez : .....

Nom et téléphone : .....

APA :  Oui  Non  En cours Nombre d'heures : .....

**DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD**

<b>Intervenant</b>	<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>téléphone</b>
Médecin traitant			
Infirmier			
Pédicure			
Pharmacie			
Laboratoire			
Kinésithérapeute			
Cardiologue			
Neurologue			
Ophtalmologue			
Autre spécialiste			
Auxiliaire de vie			
Services sociaux			
Portage de repas			
Télé-alarme			
Matériel			
<b>ENTOURAGE / AIDANT</b>			



**DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD**

**FICHE DE RENSEIGNEMENT MEDICAUX A COMPLETER PAR LE MEDECIN**

Diagnostic :

Le diagnostic a-t-il été posé ?  Oui  Non (Si non, renvoyer vers une consultation spécialisée chez un neurologue, en centre de mémoire ou médecin traitant)

Si oui, médecin neurologue référent : .....

Date de la dernière visite : ...../...../..... Un compte rendu a-t-il été fait ?  Oui  Non

La personne est-elle en possession d'une prescription médicale ?  Oui  Non

Y a-t-il une autre prise en charge associée (accueil de jour, hôpital de jour...) ?  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Pathologie(s) principales(s) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Traitement en cours :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Soins à effectuer :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD**

Pathologie(s) secondaire(s) et/ou associée(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gestion des médicaments Per Os :

- Entre dans l'aide aux actes de la vie courante (peut-être géré par un aide-soignant)
  
- N'entre pas dans les actes de la vie courante et doit être géré par un infirmier (Préparation de prise)

Date

Signature et cachet du médecin

**DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD**

<u>TOURNEE AS</u>			<u>TOURNEE IDE</u>	
MATIN	MIDI	SOIR	IDE MATIN	IDE SOIR

**NOTE IDEC**

Soins du matin

Soins du midi

Soins du soir

Soins IDE

**COMPLEMENT ARS**

Le patient présente-t-il une incontinence urinaire sévère ?  OUI  NON

Le patient présente-t-il une incontinence fécale sévère ?  OUI  NON

Le patient présente-t-il une déficience des membres supérieurs ?  OUI  NON

Le patient est-il diabétique insulino dépendant ?  OUI  NON

Le patient bénéficie-t-il d'un accompagnement de fin de vie ?  OUI  NON

Le patient présente-t-il des troubles du comportement ou de la communication ?  OUI  NON

Le patient a-t-il un lit médicalisé ou un verticalisateur ?  OUI  NON

Le patient a-t-il un soulève-malade ?  OUI  NON

Le patient a-t-il un fauteuil roulant ?  OUI  NON

Le patient bénéficie-t-il du passage de 2 soignants simultanément ?  OUI  NON

Le patient bénéficie-t-il de nutrition entérale ?  OUI  NON

Le patient bénéficie-t-il de séances de kinésithérapie ?  OUI  NON

**GRILLE AGGIR**

		A	B	C
COHERENCE	Communication			
	Comportement			
ORIENTATION	Dans le temps			
	Dans l'espace			
TOILETTE	Haut			
	Bas			
HABILLAGE	Haut			
	Moyen			
	Bas			
ALIMENTATION	Se servir			
	Manger			
ELIMINATION	Urinaire			
	Fécale			
TRANSFERT				
DEPLACEMENT	A l'intérieur			
DEPLACEMENT	A l'extérieur			
COMMUNICATION	A distance			

		A	B	C
GESTION				
CUISINE				
MENAGE				
TRANSPORT				
ACHATS				
SUIVI DU TRAITEMENT				
ACTIVITE DU TEMPS LIBRE				

Légende :

A : Fait seul, habituellement, totalement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas