Résidence Ker Joseph
EHPAD SSIAD

Date de réception du dossier :
_____
_____
_____
_____
_____
(A remplir par le service)

DOSSIER D'INSCRIPTION

1. DATE DE LA DEMANDE : .....

FAITE PAR QUI ? : Famille ☐ Médecin ☐ La personne concernée ☐

Nom de la personne : _____

EN QUELQUES MOTS, POURQUOI ?

_____
_____
_____
_____

La personne concernée est-elle informée de la demande ? : OUI ☐ NON ☐
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

2. L'IDENTITE DE LA PERSONNE :

Civilité : Madame ☐ / Monsieur ☐

- Nom : Nom de jeune fille :
- Prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Profession antérieure
- Rue ou LD :
- Code postal : Commune :
- Téléphone fixe : Téléphone mobile :
- Adresse mail : Téléphone liste rouge :

Situation familiale :

- Célibataire ☐
- Pacsé(e) ☐
- Veuf(ve) ☐
- Séparé(e) ☐

Vit maritalement ☐
Marié(e) ☐
Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfants : ☐

Mesure de protection juridique :

Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle :

Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐

Mandat de protection future ☐

Conditions de vie :

Vit seul(e) ☐ En couple ☐ Autre, préciser :

Caisse de Sécurité Sociale :

CPAM ☐ MDPH ☐ MSA ☐ Si MSA, préciser Exploitant ☐ / Salarié ☐

Adresse complète + N° de Sécurité Sociale (Joindre photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale)

_____
_____
_____

Aides perçues :

- Allocation Personnalisée Autonomie (APA) : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐
- Services d'aides concernés :

  _____
- Nombre d'heures : _____

3. <u>LA PERSONNE DE CONFIANCE</u> : *(En cas d'impossibilité de prendre une décision)*

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée :

OUI ☐ NON ☐

Si oui :

Nom de famille (de naissance)
(Suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Adresse :

Voie, rue, boulevard

Code postal / Commune

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse email :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

[1] Personne désignée conformément à l'article L.1111.6 du code de la santé publique.

Fait à ……., le ……

Valérie LORDELOT
Infirmière Coordinatrice S.S.I.A.D

Madame, Monsieur……
Patient du S.S.I.A.D

4. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE :

Le référent :

(Individu désigné spontanément par la personne âgée pour être prévenu en cas de problème, cette personne n'est pas forcément l'aidant principal).

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté :
- Adresse complète :

_____
_____
_____

- N° de téléphone : _____
- Adresse mail : _____

Noms des membres de la famille :

- Nom Prénom :
- Lien de parenté :
- Adresse complète :

_____
_____
_____

- N° de téléphone : _____
- Adresse mail : _____

- Nom Prénom :
- Lien de parenté :
- Adresse complète :

_____
_____
_____

- N° de téléphone : _____
- Adresse mail : _____

- Nom Prénom :
- Lien de parenté :
- Adresse complète :

_____
_____
_____

- N° de téléphone : _____
- Adresse mail : _____

5. INTERVENANTS EXTERIEURS :

Médecin traitant référent :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de téléphone : .....

Infirmier(e) libéral / cabinet infirmier :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de téléphone : .....

Y a-t-il des soins en cours : Oui ☐ Non ☐

Si oui, descriptions des soins : .....

.....

Kinésithérapeute :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de téléphone : .....

Pharmacie habituelle :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de téléphone : .....

Pédicure / Podologue :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de téléphone : .....

Autres intervenants éventuels :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. FORMULAIRE SOCIAL :

Etes-vous en contact avec des membres de votre famille ? : Oui ☐ Non ☐

Votre famille est-elle présente auprès de vous ? Oui ☐ Non ☐

Quelles sont vos activités ou vos centres d'intérêt ?

_____
_____
_____
_____

Votre habitation vous paraît-elle adaptée à votre situation de vie actuelle ? Oui ☐ Non ☐

Si *non*, pourquoi ? _____

Sanitaires au même niveau que votre chambre ? : Oui ☐ Non ☐

Salle de Bain au même niveau que votre chambre ? : Oui ☐ Non ☐

Douche ☐ Baignoire ☐

Bénéficiez-vous de la téléalarme : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà du matériel en place : Oui ☐ Non ☐

Si *oui*, lequel ?

Lit médicalisé ……	Oui ☐	Non ☐
Lève malade :……..	Oui ☐	Non ☐
Cadre de marche :……..…	Oui ☐	Non ☐
Cannes anglaises :……	Oui ☐	Non ☐
Chaise garde-robe :……	Oui ☐	Non ☐
Oxygène :……	Oui ☐	Non ☐

Autres :

_____
_____
_____
_____

Ce matériel est-il loué ou acheté chez votre pharmacien ? Oui ☐ Non ☐

Si non, nom de la société : _____

7. AUTONOMIE :

Toilette / Habillement :

- Vous faites votre toilette :

  Seul(e) ☐ Avec une aide partielle ☐ Avec une aide complète ☐

- Vous vous habillez ou déshabillez :

  Seul(e) ☐ Avec une aide partielle ☐ Avec une aide complète ☐

Transferts / Déplacements :

Vous vous levez seul(e) :	Oui ☐	Non ☐	Avec difficulté ☐
Vous vous couchez seul(e) :		Oui ☐	Non ☐
Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) :		Oui ☐	Non ☐
Vous montez et descendez l'escalier seul(e) :		Oui ☐	Non ☐
Vous marchez seul(e) :		Oui ☐	Non ☐
Vous marchez avec une canne :		Oui ☐	Non ☐
Vous marchez avec un déambulateur :		Oui ☐	Non ☐
Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence :		Oui ☐	Non ☐
Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence :		Oui ☐	Non ☐

Cohérence :

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous occupez seul(e) de la prise de vos médicaments (dose & horaires) :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez le numéro :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous pouvez vous exprimer et converser :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Orientation :

Vous vous repérez dans les moments de la journée :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous repérez dans les moments de l'année :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous repérez dans les lieux habituels :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous repérez dans les lieux inconnus :

Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

SOMMEIL :

Votre sommeil est : Correct ☐ Correct avec traitement ☐ Difficile ☐

Continence :

Utilisez-vous des protections : Oui, le jour ☐ Oui, la nuit ☐ Non ☐

Alimentation :

Vous mangez seul(e) : Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Vous vous servez seul(e) : Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non ☐

Votre repas doit être :

Mixé ☐ Haché ☐ De texture normale ☐

Sans sel ☐ Sans sucre ☐

Spiritualité :

Etes-vous croyant(e) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle est votre religion ? : .....

Si oui, êtes-vous pratiquant(e) ? Oui ☐ Non ☐

De quelle manière ?

Messe à l'église ☐ Messe TV ☐ Autre ☐

Souhaiteriez-vous recevoir la visite d'un représentant du culte : Oui ☐ Non ☐

Fin de vie :

Comment envisagez-vous la fin de votre vie :

- Rester à domicile : Oui ☐ Non ☐
- Entrer dans un établissement pour personnes âgées : Oui ☐ Non ☐
- Autre :

ANNEXE :

Liste de fourniture désirée avant l'entrée dans le service :

- Savon en bouteille pour le lavage des mains des soignants
- Une grande bassine
- Un sèche-cheveux
- Un coupe-ongle ou petit ciseau
- Le nécessaire pour faire les premiers pansements (compresse, désinfectant, éosine)
- Le nécessaire pour faire les préventions d'escarre (huile de massage « Sanirène » ou de l'huile d'amande douce)
- Boite à clé (avec un digicode à accrocher au mur)
- Essui main

DOCUMENT MEDICAL

A compléter par le médecin : Il peut être adressé sous pli au SSIAD

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance) : …… Prénom(s) : ……..
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance : ……

MOTIF DE LA DEMANDE

Retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐ Autres ☐

Autres (préciser) : ……..

Nom et coordonnées du Médecin Traitant (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux	**PATHOLOGIES ACTUELLES**

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS : OUI ☐ NON ☐ **ALLERGIES :** OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser : ……

TAILLE : | | **POIDS :** |

CONDUITE A RISQUE :

	Oui	**Non**
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRSESISTANTE :

NE SAIT PAS	**OUI**	**NON**

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

FONCTIONS SENSORIELLES :

- Cécité
- Surdité

OUI	NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : OUI ☐ NON ☐

REEDUCATION :

- Kinésithérapie
- Orthophonie

OUI	**NON**

- Autre (préciser) : ……

		1	2	3
DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

Symptômes psycho- comportementaux	OUI	NON
Idée délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris…)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées…)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarre		

Localisation	
Stade	
Durée du soins	
Type de pansement	

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde Urinaire		
Gastrotomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI …)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti - escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace - maker		
Autres (préciser)		

[1] A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

[2] B : fait partiellement : non spontanément, et /ou partiellement et /ou non habituellement et /ou non correctement

[3] C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, Ni habituellement, ni correctement.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS)

MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom | Prénom(s)

Adresse
N° Voie, rue, boulevard

Code postal | Commune/ Ville

DATE : ……/……/……

SIGNATURE
Cachet du Médecin

Pour pouvoir traiter votre demande, veuillez joindre les documents suivants :

- **Une prescription médicale concernant la demande d'intervention du SSIAD,**
- **Une photocopie de la dernière ordonnance,**
- **Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale,**
- **Une photocopie de votre Responsabilité Civile**

S.S.I.A.D DE PIPRIAC
34, Rue de L'Avenir
35550 PIPRIAC
02-99-34-36-33
Mail : ssiad.coordo@kerjoseph.fr