



Service de Soins Infirmiers A Domicile
Des cantons de Bénévent-L'abbaye - Dun-le-Palestel
Le Grand-Bourg – Saint-Vaury

DOCUMENT INDIVIDUEL **DE PRISE EN CHARGE**

6, rue de la Providence - 23240 Le Grand-Bourg - ☎ 05 55 80 39 01 / 05 55 89 25 24
idecssiad@ehpadbenevent.fr

SOMMAIRE

PREAMBULE : OBJECTIFS DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJECTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT

ARTICLE 2 – NATURE DE L'ACCOMPAGNEMENT

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 4 – PARTICIPATION FINANCIERE

ARTICLE 5 – ENGAGEMENT DU SERVICE

ARTICLE 6 – ENGAGEMENT DU BENEFICIAIRE

ARTICLE 7 – MODALITES D'INTERVENTION

ARTICLE 8 – CONDITIONS DE RESILIATION

ARTICLE 9 – MODALITES DE COMMUNICATION DES DOSSIERS

PREAMBULE - OBJECTIFS DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de clarifier les droits et obligations du service et de l'utilisateur, avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent, de fixer les engagements de chaque signataire, de poser les limites du service, et de clarifier l'intervention des différents soignants.

Nous vous prions d'en prendre connaissance attentivement car il permet également de définir les prestations fournies par le service.

Ce contrat est établi entre :

D'une part,

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de Grand bourg, représenté par Le directeur Mr RAULT, et ci-dessous désigné comme prestataire.

D'autre part,

M, MME

Né (e) le à

Adresse

Ci-dessous désigné comme le bénéficiaire.

Et, le cas échéant, en présence de M, Mme

Agissant en tant que

(Préciser sa qualité et le lien avec le bénéficiaire)

Adresse

Téléphone

Préciser si le bénéficiaire est sous mesure de protections juridiques : tutelle ou curatelle

Le présent contrat prend effet à partir du :sur prescription médicale du Dr
.....

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 – OBJECTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT

L'objectif des actes dispensés par le service de soins infirmiers à domicile réside en la préservation et si possible la restauration de l'autonomie de la personne.

Ces soins correspondent à des soins d'hygiène, de soins de nursing, une aide à l'accompagnement des actes essentiels de la vie.

Les prestations de soins et la relation soignants / soignés doivent se réaliser dans un respect et une confiance réciproque.

ARTICLE 2 – NATURE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Le service assure dans le cadre de son accompagnement les soins de base à domicile au moyen de l'intervention d'aides-soignants qui prennent soins des personnes et sont encadrés par une infirmière coordinatrice.

Sont également pris en charge par le service, les actes des infirmiers libéraux avec lesquels le service a passé une convention et prescrits par le médecin traitant.

L'admission définitive est prononcée par le directeur du service suite à l'avis favorable donné par le médecin conseil de la caisse du bénéficiaire.

Le SSIAD répond principalement à deux types de situations, celle de phase aiguë de maladie sans gravité, et celle de dépendance.

Sont pris en considération :

- ❖ Les conditions matérielles, psychologiques, sociales et familiales,
- ❖ L'état de dépendance défini par la grille AGGIR,
- ❖ La nature des soins,
- ❖ Les conditions de réalisation des soins (agencement, matériels...).
- ❖ Le nombre de places disponibles,
- ❖ L'environnement familial,
- ❖ La situation géographique.

Sur la base de ces critères ne seront pas admis en SSIAD :

- ❖ Les personnes autonomes ne nécessitant que des soins infirmiers techniques,

- ❖ Les personnes trop lourdement dépendantes relevant d'une Hospitalisation A Domicile ou de soins palliatifs selon des critères définis règlementairement.

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADMISSION

Pour être admis dans le service, la personne doit fournir les documents demandés dans le dossier d'inscription et par l'infirmière coordinatrice lors de l'entretien d'évaluation des besoins :

- ⇒ Ordonnance du médecin,
- ⇒ Dossier médical, administratif,
- ⇒ Photocopie de l'attestation de carte vitale,
- ⇒ Ordonnance récente de traitement,
- ⇒ Résultats d'examens biologiques récents, si nécessaire.

ARTICLE 4 – PARTICIPATION FINANCIERE

Les soins dispensés par le service étant pris en charge par la caisse d'assurance maladie à laquelle la personne est affiliée, aucune participation financière ne lui sera demandée. Cependant il est à noter que certains aménagements peuvent entraîner une participation financière de la personne.

ARTICLE 5 – ENGAGEMENT DU SERVICE

Le service s'engage à assurer des soins de qualité, adaptés aux besoins de la personne soignée.

Le service travaille en partenariat avec les médecins, les infirmiers libéraux, les autres intervenants paramédicaux, le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique), les services sociaux et les services d'aide à domicile pour permettre de mettre en œuvre une prise en charge globale des personnes.

Le service assure une régularité des soins.

Le personnel travaille dans le respect de la personne et en toute confidentialité.

Les aides-soignants qui interviennent sont titulaires du Diplôme professionnel d'Aide-soignant. Le personnel ne percevra ni rémunération, ni dons de quelques natures que ce soit de la part de l'utilisateur.

Le SSIAD, par convention signées avec des écoles ou centre de formation professionnelle, reçoit des stagiaires. Sauf opposition expresse des personnes accompagnées, ces stagiaires pourront accompagner le personnel du service dans son travail.

Les aides-soignants ne sont pas habilités à accompagner, pendant leur heure de travail, les usagers dans le véhicule de service pour quelque motif que ce ne soit ni à manipuler l'argent de l'utilisateur.

ARTICLE 6 – ENGAGEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur s'engage à fournir aux intervenants du service les moyens d'accéder facilement à son logement (code, clés, etc.) à tenir enfermés les animaux qui pourraient être menaçants ou agressifs, à éclairer de façon convenable l'accès à leur propriété.

Il est également demandé de tenir à disposition des mêmes intervenants les fournitures nécessaires à la réalisation des soins (Annexe 1).

Pour assurer la sécurité de l'utilisateur et celle du personnel, le service pourra conseiller certains aménagements (Annexe 2).

L'utilisateur est tenu d'accueillir les personnels envoyés par le service sans distinction d'âge, de sexe, de religion, d'idéologie ou d'origine ethnique.

Le personnel peut être amené à demander une aide ponctuelle aux aidants pour optimiser la qualité de prise en charge (tenir un fauteuil, appuyer sur une commande,)

L'utilisateur est tenu d'informer le plus rapidement possible le service de toutes absences (rendez-vous, hospitalisation, départ en weekend, vacances,) pouvant avoir un impact sur l'organisation des soins.

ARTICLE 7 – MODALITES D'INTERVENTION

A la date de la signature du présent contrat, les personnels du service assureront les soins d'hygiène et de nursing selon la périodicité précisée ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Férié
Matin								
Soir								

Une plage horaire est convenue avec vous, mais elle peut évoluer en fonction des contraintes de fonctionnement du service.

Les horaires de passage ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une demande particulière pour convenance personnelle.

Les weekends et jours fériés, les passages sont réservés aux personnes les plus isolées et/ou les plus dépendantes.

Suivant l'évolution de l'état de santé de la personne, la fréquence des interventions pourra être diminuée ou augmentée par l'infirmière coordinatrice.

Les actes envisagés seront les suivants :

- Douche
- Toilette complète
- Habillage / Déshabillage
- Aide aux transferts/Mobilisation
- Activités
- Autres soins
- Aide à la toilette
- Aide à l'habillage
- Change de l'élimination

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le personnel du SSIAD pourra distribuer le traitement si celui-ci e été préparé et contrôlé par une infirmière.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DE RESILIATION

Résiliation du contrat à l'initiative de la personne accompagnée

La personne accompagnée peut renoncer par écrit aux prestations dont il bénéficie, sous réserve de respecter un délai de 8 jours minimum.

Résiliation pour non-respect du fonctionnement du service

Le non-respect de tout ou partie des engagements devrait pouvoir se régler par une recherche de solution à l'amiable mais peut, en cas d'échec, entrainer une rupture du contrat.

Tout geste, parole, témoin d'un manque de respect ou d'une agressivité entrainera la rupture du contrat.

Résiliation pour inadaptation de l'état de santé de la personne accompagnée

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur et de nécessité de soins dépassant les possibilités du service, le présent contrat pourra être résilié.

L'infirmière coordinatrice participera, en liaison avec le médecin traitant à la recherche de la solution la plus adaptée.

Si l'utilisateur ne justifie plus de l'intervention du service du fait d'une amélioration de son état de santé, le présent contrat sera résilié.

Résiliation pour décès

En cas de décès, les dispositions du présent contrat prennent fin immédiatement.

Résiliation pour absences

Toute absence supérieure ou égale à 30 jours pour hospitalisation, séjour temporaire, vacances entrainera la rupture du contrat. La personne sortie du service dans ce contexte sera prioritaire pour une nouvelle demande de prise en charge.

ARTICLE 9 – MODALITES DE COMMUNICATION DES DOSSIERS

Le traitement des dossiers se fait en partie par informatique. Le service s'engage à respecter les directives de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Avant de prononcer l'admission l'infirmière coordinatrice informe la personne qu'un dossier médical, administratif et de soins est ouverts au SSIAD. Il est conservé dans des conditions de sécurité et de confidentialité qui s'imposent. Conformément à la législation, ce dossier sera archivé selon les mêmes principes.

La personne accompagnée ou son représentant légal peut demander que le contenu de son dossier lui soit communiqué sur simple demande écrite au directeur.

Après acceptation du présent contrat,

M/Mme.....sollicite sa prise en charge par le SSIAD.

Signature De l'usager ou de son représentant légal

A.....Le.....

Signature du représentant du SSIAD

A.....Le.....

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste du matériel et produits nécessaires à l'accomplissement des soins d'hygiène

Annexe 2 : Liste des aménagements nécessaires pour la sécurité et le confort du bénéficiaire

Annexe 3 : demande de mise à disposition des clés par le bénéficiaire

ANNEXE 1

La personne doit mettre à disposition, à son domicile, le matériel et les produits nécessaires à l'accomplissement des soins d'hygiène et de confort tels que :

- Gant et serviettes de toilette,
- Savons,
- Cuvettes,
- Dentifrice et brosse à dents,
- Protections en cas d'incontinence,
- Linge propre en quantité suffisante,
- Vêtements ouverts, amples et en coton si possible,
- Shampoing, brosse ç cheveux, peigne,
- Eau de Cologne,
- Crème hydratante dans certains cas,
- Désinfectant et petits pansements,
- Pèse-personne,
- Thermomètre.

(Cette liste n'est pas exhaustive)

ANNEXE 2

Le service, pour assurer la sécurité et le confort de la personne prise en charge et celle du personnel de soins pourra demander certains aménagements tels que :

- Barre de maintien,
- Tapis antidérapant,
- Banc de baignoire,
- Siège de douche,
- Lit médicalisé,
- Matelas anti-escarres,
- Cadre de marche,
- Chaise-garde-robe ou chaise roulante,
- Lève malade,
- Eclairage extérieur.

(Cette liste n'est pas exhaustive)

NB. : Certains de ces aménagements peuvent être prescrits par votre médecin et faire l'objet d'une prise en charge par les différents organismes d'assurance maladie.

ANNEXE 3

Demande de mise à disposition des clés

Par la personne ou par son représentant familial

Pour la personne,

Je soussigné(e)

Bénéficiaire du Service de Soins Infirmiers A Domicile de Grand Bourg, déclare mettre à disposition de celui-ci un jeu de clés pour accéder à mon domicile.

Fait à :, Le

Signature :

Pour le représentant légal,

Je soussigné(e)

Demeurant :

Téléphone :

Lien de parenté :

Représentant familial de M.....

Bénéficiaire du SSIAD, déclare mettre à disposition un jeu de clés pour accéder à son domicile.

Fait à :, Le

Signature :

Clés remises le :

Clés rendues le :

En cas de cessation d'intervention du service, la famille s'engage à venir retirer les clés dans le service dans un délai de 48h.

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

La notion de « **personne de confiance** » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé Publique, introduit par la loi du 04 mars 2002 sur les droits des malades.

La loi ne donne aucune indication précise sur ce point.

On peut cependant en déduire **qu'il s'agit d'une part d'une personne et d'autre d'une personne en qui on doit avoir confiance** (il s'agit toujours d'une personne physique). La désignation d'une personne de confiance est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves ; l'identité de la personne sera précise. Cette désignation peut intervenir à tout moment, elle est valable pour une durée indéterminée, sauf révocation.

Au recto de l'imprimé, il est prévu que cette durée soit limitée au séjour en établissement.

La personne de confiance ne se substitue pas au patient.

La personne de confiance peut-être également en possession des « directives anticipées » du patient, l'il les a rédigées. Il est souhaitable que le médecin traitant ait en sa possession les coordonnées de la « personne de confiance ».

Rédiger ce document en **3 exemplaires** (1 Pour le rédacteur du document, 1 pour la personne de confiance, 1 pour le médecin).

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
--

Je, soussignée (e)

Nom, Prénom,

Date de naissance

Adresse,

.....

Désigne M., Mme,

Nom, prénom

Adresse,

.....

Téléphone Fax

E-mail@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme,

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée

(Recommandé)

Fait à :

Le :

Signature :

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
--

Je, soussignée (e)

Nom, Prénom,

Date de naissance

Adresse,

.....

Désigne M., Mme,

Nom, prénom

Adresse,

.....

Téléphone Fax

E-mail@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme,

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée

(Recommandé)

Fait à :

Le :

Signature :

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
--

Je, soussignée (e)

Nom, Prénom,

Date de naissance

Adresse,

.....

Désigne M., Mme,

Nom, prénom

Adresse,

.....

Téléphone Fax

E-mail@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme,

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Visa de la personne désignée
 (Recommandé)

Fait à :
 Le :
 Signature :

