



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

D O S S I E R D' I N S C R I P T I O N

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile du Grand Bourg dispose de 75 places et ne peut satisfaire toutes les demandes. Nous vous invitons à compléter ce dossier dans sa totalité afin de répondre au mieux votre demande d'inscription au SSIAD.

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

N° Tél :

Né(e) le :

à

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Profession antérieure :

Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Si MSA préciser :

Exploitant

Salarié

Date de réception du dossier :

(A remplir par le service)

6, rue de la Providence - 23240 Le Grand-Bourg - ☎ 05 55 80 39 01

✉ idecssiad@ehpadbenevent.fr

VERSION Juin 2021

Kinésithérapeute :

Adresse :

Bénéficiez- vous de séances de kinésithérapie actuellement ?

Si oui, pourquoi et à quelle fréquence ?

Pharmacien :

Adresse :

Avez- vous du matériel ? 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 :

APA : oui non En cours

Si oui **Joindre SVP une photocopie de votre dernier plan d'aide APA du Conseil Départemental**

Aide à domicile : Nombre de personnes intervenants à votre domicile :.....

Sont- elles salariées d'une association : oui non

Si oui, de quelle association dépendent elles ?.....

Nombre d'heures mensuelles et répartitions et horaires des interventions d'APA, CESU et GRE A GRE, si plan d'aide non fourni :

Repas à domicile : oui non Si oui, quel organisme ?

Télé - alarme : oui non

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

IDENTIFICATION DU PATIENT : Mr / Mme.....

.....

1. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

3. ALLERGIES CONNUES :

Prescription pour la prise en charge des soins d'hygiène et de confort et d'accompagnement par le SSIAD du Grand Bourg, de :

Mr ou Mme :

Agé(e) de :

Demeurant à :

Motif de la prescription :

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

Durée de la prescription :

.....

Fait à.....le.....

Signature du médecin prescripteur