



Service de Soins Infirmiers A Domicile
Bénévent l'Abbaye

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 de Bénévent l'Abbaye 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)

12 avenue du LIMOUSIN 23210 BENEVENT L'ABBAYE - ☎ 06 78 47 90 21

✉ idecssiad@ehpadbenevent.fr

VERSION Septembre 2024

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

LIEN DE PARENTE :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté : oui ☐ non ☐

INTERVENANTS EXTERIEURS

Médecin :

Adresse :

Infirmier libéral :

Adresse :

Bénéficiez- vous de soins effectués par ce professionnel libéral actuellement ?

Si oui, lesquels ?

Injections

oui ☐

non ☐

si oui nature et fréquence :

Perfusions

oui ☐

non ☐

si oui nature et fréquence :

Pansements

oui ☐

non ☐

si oui nature et fréquence :

Préparation des médicaments

oui ☐

non ☐

Fréquence :

Sondages urinaires

oui ☐

non ☐

Fréquence :

Soins de colostomie

oui ☐

non ☐

Fréquence :

Autres (préciser) :

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 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 :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX A CE JOUR/ OU PHOTOCOPIE ORDONNANCE

nom du médicament	posologie	répartition par jour

AUTRES PRESCRIPTION EN COURS (Soins IDE, Kiné...)

SOINS PRESCRITS	FREQUENCE	DUREE

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

Mr ou Mme :

Agé(e) de :

Demeurant à :

Motif de la prescription :

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

Durée de la prescription :

.....

Fait à.....le.....

Signature du médecin prescripteur