

DEMANDE D'INSCRIPTION EN S.S.I.A.D.

ACCUEIL

Les demandes d'inscription sont faites auprès du cadre de santé coordinatrice ou de l'infirmière coordinatrice.

Une première évaluation est faite par téléphone afin de déterminer si le service de soins est le plus adapté à vos besoins. Nous vous inscrivons alors sur notre liste d'attente ou nous vous adressons au service le plus approprié.

Une deuxième évaluation est réalisée lors d'une visite à votre domicile avec un de vos proches. Notre livret d'accueil de l'utilisateur vous est remis lors de notre première rencontre.

ADMISSION

Votre admission est subordonnée à la constitution d'un dossier administratif et médical, pour laquelle les documents suivants sont indispensables :

- votre attestation d'ouverture de droits en cours de validité.
- La prescription médicale.
- Le dossier médical joint en annexe rempli par votre médecin traitant ou hospitalier,
- le nom du ou des membre(s) de votre famille à contacter pour toute information vous concernant,
- le nom des médecins qui ont l'habitude de suivre votre état de santé,
- votre infirmier(e) libéral(e) référent(e).
- pour les personnes reconnues handicapées, fournir un justificatif de la COTOREP

DURE DE LA PRISE EN CHARGE

La durée de la prise en charge est fonction de l'évaluation des besoins. La demande de prise en charge est transmise à votre caisse qui donnera son aval et une demande de prolongation pourra être adressée à la caisse de l'assuré L'arrêt de la prise en charge peut se faire par l'une des deux parties à tout moment. Durant la prise en charge, la personne bénéficiaire ou son représentant légal, s'engage à se conformer au règlement de fonctionnement en vigueur dans le service.

Soins réalisés par l'infirmière D.E.

- I.M. Perfusion I.V. S/C
- Pansement Sonde alimentaire Sonde vésicale
- Autres (*préciser*) :

Nombre d'interventions :

- par jour par semaine discontinue

Soins réalisés par l'aide-soignante : (sous la responsabilité de la cadre de santé)

- Soins d'hygiène générale Hygiène – surveillance Observation – Prévention
- Habillage/déshabillage Lever/coucher Aide à la marche
- Prévention d'escarre Autres (*préciser*) :
-
-
-
-
-

Nombre d'interventions :

- par jour Nombre de jours...../par semaine