



SSIAD de Chambon/Evaux/ Boussac

Rue Germeau Baraillon

23170 Chambon/voueize

05.55.82.19.30

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile de Chambon/Voueize et Boussac dispose de 41 places et ne peut satisfaire toutes les demandes. Nous vous invitons à compléter ce dossier afin de prendre en compte votre demande d'inscription au SSIAD.

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille	
Adresse	
Tél :	

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e)       Veuf (ve)

Profession antérieure :

Caisse d'assurance maladie :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

APA :              oui               non

Date de réception du dossier au SSIAD : .....

**Personne de confiance à contacter en cas d'urgence**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté :

**INTERVENANTS EXTERIEURS**

**Médecin :**

Adresse :

**Infirmier libéral :**

Adresse :

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

Si oui, lesquels ?

*INJECTIONS* : .....

*PANSEMENTS* : .....

*PREPARATION DES MEDICAMENTS* : .....

*SONDAGE URINAIRE* : .....

*COLOSTOMIE* : .....

*AUTRES (à préciser)* : .....

**Kinésithérapeute :**

Bénéficiez-vous de séances de kinésithérapie actuellement ?

**Pharmacien :**

Adresse :

Avez-vous du matériel ?

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

**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 ?.....

Noms et Prénoms de ces intervenants :

1).....

2).....

3).....

Nombre d'heures d'aide à domicile par semaine :

**Repas à domicile :**                      oui                       non

**Télé alarme :**                      oui                       non

**QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR**

*Si le patient est hospitalisé merci de nous communiquer son GIR*

IDENTIFICATION DU PATIENT :.....

1) ANTECEDENTS MEDICAUX :

2) ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

3) TRAITEMENT :

*Signature :.....*