CENTRE HOSPITALIER
DOUE-EN-ANJOU
NUEIL-SUR-LAYON

NOM-Prénom du demandeur : ..... ☎ .....

NOM-Prénom et coordonnées de la personne à informer de l'avis de la commission d'admission :

.....

..... ☎ .....

DEMANDE DE SSIAD

A FAIRE COMPLETER IMPERATIVEMENT PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage) | Prénom(s)

Date de naissance | | | | | | | | |

SITUATION FAMILIALE : Célibataire❒ Vit maritalement❒ Pacsé(e)❒ Marié(e)❒ Veuf (ve)❒ Séparé(e)❒ Divorcé(e)❒

ADRESSE : .....

.....

PERSONNE A CONTACTER : ..... ☎ .....

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT *(nom, prénom, adresse, téléphone)* :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI | NON **ALLERGIES** OUI | NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE OUI | NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE NE SAIT PAS | OUI | NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Taille **Poids**

FONCTIONS SENSORIELLES OUI | NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI | NON

REEDUCATION OUI | NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité *(cris…)*		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants *(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées …)*		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI …)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres *(préciser)*		

GIR :

TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOUHAITE : ..)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER *(si différent du médecin traitant)*

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du médecin