

NOM-Prénom du demandeur : ☎
 NOM-Prénom, adresse postale et N° de téléphone de la personne à informer de l'avis de la commission d'admission :
 ☎

**CERTIFICAT MEDICAL
 DEMANDE DE SSIAD**

A FAIRE COMPLETER IMPERATIVEMENT PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Personne concernée connue par la coordination autonomie : Oui Non

La démarche de prise en charge SSIAD a été expliquée : Oui Non

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

Date de naissance N° de Sécurité Sociale

Lieu de naissance : N° Tel. :

ADRESSE :

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

PERSONNE REFERENTE 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 PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser la date du dernier prélèvement	
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cécité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REEDUCATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Kinésithérapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="text"/>
--	---	--

CONFIDENTIEL

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				

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		

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

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 :

JOUR D'INTERVENTION : LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI SAMEDI DIMANCHE

FREQUENCE : MATIN ET/OU SOIR

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

Ce document est à adresser à : ssiad@chdouelafontaine.fr &
accueil@chdouelafontaine.fr