

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

<b>CONDUITES A RISQUE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Sevrage <input type="checkbox"/>	<b>PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE</b> <input type="checkbox"/> NE SAIT <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, préciser (localisation, etc.) <input type="text"/> Préciser la date du dernier prélèvement <input type="text"/>
--	---

Taille  Poids

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

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
<b>Transfert</b>				
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