

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

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"/> |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité OUI NON
 Surdité OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

Kinésithérapie OUI NON
 Orthophonie OUI NON

Autre (préciser)

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 : siad@chdouelafontaine.fr &
accueil@chdouelafontaine.fr

Version n°4 – décembre 2023