



Date de réception du dossier (à remplir par le service) :/...../.....

SSIAD d'Ajain

- Ligne directe : 05 55 80 98 56
- Téléphone administration : 05 55 80 95 00
- Adresse mail : ssiad@ehpadajain.fr
- site web : <https://ehpadcentrecreusecombraille.fr/>

Renseignements sur le demandeur

Nom : Prénom (s) :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Situation maritale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète :

.....

Numéro(s) de téléphone :

Profession antérieure :

Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Si MSA, préciser : Exploitant Salarié

Vous bénéficiez de l'APA : Oui Non En cours

Aide à domicile : Oui Non Si oui, le nombre de personnes

Sont-elles salariées d'une association ? Oui Non

Si oui, de quelle association ?.....

Noms et prénoms de ces intervenants :

1.....

2.....

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

Repas à domicile : Oui Non

Téléalarme : Oui Non



Personnes à contacter en cas d'urgence

Première personne

Nom :

Prénom (s) :

Tel 1 :

Tel 2 :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Deuxième personne

Nom :

Prénom (s) :

Tel 1 :

Tel 2 :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Intervenants extérieurs

Médecin

Nom et Prénom (s) :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Infirmier libéral

Nom et Prénom (s) :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Bénéficiez-vous de soins effectués par cet infirmier libéral actuellement ? **Oui** **Non**

Si oui, lesquels ?

Injections ; Fréquence :

Pansements ; Fréquence :

Préparation de médicaments ; Fréquence :

Sondages urinaires ; Fréquence :

Soins de colostomie ; Fréquence :

Autres, précisez :

.....

.....

.....

.....



Kinésithérapeute

Nom et Prénom (s) :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Vous bénéficiez de séances actuellement : **Oui** **Non**

Si oui, pourquoi et à quelle fréquences ?

.....

.....

.....

.....

Pharmacien

Nom :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Avez-vous du matériel ? **Oui** **Non** Si oui, lequel ?

Lève malade Lit médicalisé Cadre de marche Canne anglaise

Chaise garde-robe Oxygène Autre :

Ce matériel est-il loué ou acheté chez votre pharmacien ? **Oui** **Non**

Si non, indiquez le nom de la société vous l'ayant fourni :

.....



Traitement médicamenteux en cours :

| Nom du médicament | Posologie | Répartition par jour |
|-------------------|-----------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Autres prescriptions en cours :

| Soins prescrits | Fréquence | Durée |
|-----------------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Cachet du médecin prescripteur



Les Signolles
Service de Soins
Infirmiers à Domicile

FICHE D'ENREGISTREMENT

Dossier administratif et médical
de demande d'admission
SSIAD

Page 6 sur 7

Codification : DOM-PC1-FE1

Version : 2

Date d'application : 28/11/2024

Prescriptions pour la prise en charge des soins d'hygiène et de confort par le SSIAD d'Ajain de :

M. ou Mme :

Agé(e) de :

Demeurant à :

.....

Motif de la prescription :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Durée de la prescription :

Fait à le/...../.....

Signature du médecin prescripteur



Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Le Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) n° 2016/679 du 27 avril 2016, entré en vigueur le 25 mai 2018, impose des règles strictes en matière de protection des données à caractère personnel et de transparence à l'égard de leur titulaire.

Dans le cadre de notre accompagnement et de notre mission de service public, des données personnelles sont collectées par notre EHPAD.

Ces données seront utilisées pour assurer la gestion administrative et médicale des résidents, garantir leur sécurité et leur bien-être, ainsi que pour respecter nos obligations légales et réglementaires.

Les données enregistrées sont conservées pendant la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, et conformément aux obligations légales en vigueur.

Ces données ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : le personnel de l'EHPAD concerné, les prestataires de services de santé, les autorités publiques et les tiers autorisés.

Vous pouvez à tout moment demander à faire respecter vos droits conformément aux articles 15 à 21 du RGPD (droit d'accès, rectification, suppression, oubli, portabilité, restriction, opposition). Vous pouvez consulter le site <https://www.cnil.fr/> pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données :

pierre-alexandre.cochereau@ehpadajain.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.