Service de Soins Infirmiers
à Domicile (SSIAD)
2, rue Antonin Fel
15600 MAURS
Tél / Fax: 04 71.49.19.23
ssiad@mr-maurs.fr
www.ehpadrogerjalenques.fr

# Fiche dôinscription SSIAD de Maurs

**Date é é é é é é ..**

## ❖ ETAT CIVIL de lôintéressé(e):

NOM :é é é é é é é é é é é é é é é é é Prénom : é é é é é é é é é é é é é é .

Nom de jeune fille : é é é é é é é é é é é .

Date et lieu de naissance : é é é é é é .....

Adresse :é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

Téléphone fixe : é é é é é é é é é é é é .. Téléphone portable : é é é é é é é é .

Profession : é é é é é é é é é .....

Situation familiale : Ĭ Marié(e) Ĭ Veuf (ve) Ĭ Célibataire

Mesure de protection juridique ? Ĭ Tutelle Ĭ Curatelle Ĭ Sauvegarde de justice

## ❖ Personne à prévenir (si différente du solliciteur) :

NOM : é é é é é é é é é é é é é é é é é Prénom :é é é é é é é é é é é é é é ..

Téléphone fixe : é é é é é é é é é é é é .. Téléphone portable : é é é é é é é é .

Adresse :é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

## ❖ SOLLICITEUR :

NOM :é é é é é é é é é é é é é é é é é Prénom : é é é é é é é é é é é é é é .

Adresse :é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

Téléphone fixe : é é é é é é é é é é é é .. Téléphone portable : é é é é é é é é .

Lien de parenté (si différent de lôintéressé) : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

## ❖ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Médecin : é é é é é é é é é é é é é é .. Ambulances :é é é é é é é é é é é é ..

Infirmier(e)sé é é é é é é é é é é é é é Kinésithérapeute : é é é é é é é é é é .

Pharmacie : é é é é é é é é é é é é é .. Pédicure :é é é é é é é é é é é é é é

- **Situation actuelle :**

Ĭ **A domicile** Ĭ **Hospitalisé(e)**

Ĭ Vit seul(e)

Ĭ Vit accompagné(e) Ĭ **Autres :** é é é é é é é é é é é é é é é é

**Pathologie(s) principale(s)** :é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .
é é ......................................................................................................................................
..............................................................................................................................................
..............................................................................................................................................

- **Aides extérieures actuelles :**

Ĭ Intervention infirmières libérales

Quel(s) type(s) dôinterventions ? é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .

Ĭ Aides ménagères Nombre dôheures : é é é ASED / ADMR / Autre :é é é é é ..

Ĭ Autres aides é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .

Ĭ Présence verte

Ĭ Portage de repas

Bénéficiez vous de lôAPA (Allocation personnalisée à lôautonomie) Ĭ oui Ĭ non

Nombre dôheures : é é é é é é é é . GIR : é é é é é é é é é é é é é é é é

Nom de lôassistante sociale :é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é .

**Quels sont vos besoins et vos attentes du service ?** (aide au coucher, aide au lever, soins dôhygiène et de confort etc.)

é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

**Demande Urgente ?** Ĭ **Oui** Ĭ **Non**

**Signature du solliciteur**

*Lôinscription au SSIAD est effective à la réception de cette fiche dôinscription dans notre service*

Le déclarant est informé quôune partie des renseignements caractérisant la présente demande fait lôobjet dôun traitement informatisé dans des conditions conformes à la loi du 6 janvier 1978 (loi informatique et libertés) modifiée par la loi du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques à lôégard des traitements de données à caractère personnel.