



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION

Page : Page 1 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

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

SSIAD D'AJAIN
LIGNE DIRECTE : 05 55 80 98 56
TELEPHONE ADMINISTRATION : 05 55 80 95 00
SITE INTERNET : www.ehpadajain.fr
COURRIEL : ssiad@ehpadajain.fr

Renseignements sur le demandeur

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Date de naissance :/...../.....

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

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, nombre de personnes :

Sont-elles salariées d'une association : Oui Non

Si oui, de quelle association :

Noms et prénoms de ces intervenants :

1/

2/

3/

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

Repas à domicile : Oui Non

Téléalarme : Oui Non



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION

Page : Page 2 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

Personne à contacter en cas d'urgence :

1^{ère} personne :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

2^{ème} personne :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

Intervenant extérieur

Médecin :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Infirmier Libéral :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

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

Oui Non



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION

Page : Page 3 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

Si oui, lesquels ?

Injections ; Fréquence :

Pansements ; Fréquence :

Préparation de médicaments ; Fréquence :

Sondages urinaires ; Fréquence :

Soins de colostomie ; Fréquence :

Autres, précisez :

Kinésithérapeute :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Vous bénéficiez de séances actuellement : Oui Non

Si oui, pourquoi et à quelle fréquence ?

.....

Pharmacien :

Nom : N° de téléphone :

Adresse :

Avez 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 :



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION

Page : Page 4 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

**Questionnaire Médical, à remplir par votre médecin
traitant**

Nom et prénom du patient :

Antécédents Médicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents Chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allergies connues :

.....
.....
.....
.....



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

**DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION**

Page : Page 5 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

Traitement Médicamenteux en cours :

Nom Médicament	Posologie	Répartition par Jour

Autres Prescription en cours :

Soins Prescrits	Fréquence	Durée

CACHET DU MEDECIN PRECRIPTEUR :



SSIAD D'AJAIN

FICHE D'ENREGISTREMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF ET
MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION

Page : Page 6 sur 6
Codification : B1-FE2
Version : 1
Date d'application :
01/08/2014

**Prescription pour la prise en charge des soins
d'hygiène et de confort par le SSAID d'Ajain de :**

Mr ou Mme :

Agé(e) de :ans

Demeurant à :

Motif de la prescription :

.....
.....
.....
.....

Durée de la prescription :

.....

Fait à, le/...../.....

Signature du Médecin prescripteur