|  |
| --- |
| **Formulaire de demande de prise en charge** |

Vous souhaitez être accompagné(e) par le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de Montebourg ? Merci de remplir le formulaire ci-dessous et de le renvoyer à l’adresse mail suivante : [idec-ssiad@demeurecassine.fr](mailto:idec-ssiad@demeurecassine.fr). Votre demande sera étudiée par l’infirmière coordinatrice du service et vous serez recontacté(e).

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Caisse d’assurance maladie :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone :

Médecin traitant :

Une demande d’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA) a-t-elle été faite ?

□ Oui

□ Non

Un cabinet infirmier intervient-il à domicile ? :

□ Oui

□ Non

Si oui, lequel ? : ……………………………………………………………………………..

Pour la prise en charge au SSIAD, il est demandé une prescription médicale (SRP 30). En possédez-vous une ?

□ Oui

□ Non

Pathologies :

Raison de la demande :

□ Nursing (aide à la toilette totale ou partielle) :

□ Nombre d’interventions hebdomadaires demandé :

Entourage (seul, en couple, nbre d’enfants) :

**Personne référente :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Lien avec la personne à prendre en charge :

***Pour information, la première prise en charge est de 30 jours. Elle peut être prolongée de 90 jours dans l’attente d’un relai (hébergement temporaire, aide à domicile, entrée en EHPAD, etc).***