



Document Individuel de Prise En Charge

Entre le **Service de Soins Infirmiers A Domicile de la Vallée de l'Authion** ci-après dénommé « SSIAD »,

et,

M ou Mme.....
demeurant
.....

ci-après dénommé, « l'utilisateur » d'autre part,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Le **SSIAD** interviendra à compter du :**au domicile** de l'utilisateur suite à l'évaluation de Mmeinfirmière coordinatrice, réalisée le

Il a été convenu que les aides soignantes interviendront :

Fréquence : du

Dans le créneau horaire suivant : matin.....
Soir :

Les conditions de prise en charge seront revues en présence des deux parties au minimum dans les 12 mois à compter de la mise en place de la prise en charge. Cette prise en charge pourra être reconduite ou adaptée en fonction des besoins.

Les conditions de résiliation et de fin de prise en charge sont les suivantes : (se reporter au livret d'accueil) :

- L'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé du patient,
- Le refus ou l'absence de mise en œuvre des conditions essentielles d'hygiène et de sécurité,
- La détérioration significative des relations entre le personnel et le patient et /ou sa famille,
- Le souhait de la personne soignée ou de son représentant légal,
- Une modification des critères qui ont permis la prise en charge,

- Le refus par l'utilisateur ou son entourage de l'application d'un ou de plusieurs points du règlement de fonctionnement.

Le financement de la prise en charge par le Service de Soins Infirmiers à Domicile de Santé Loire Vallée de l'Authion est assuré à 100% par l'Assurance Maladie. A titre indicatif, le coût moyen d'une prise en charge SSIAD constaté en Maine et Loire est de 12 500€ par an soit 34.25€ par jour.

Les contractants attestent avoir reçu :

- le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement du Service de Soins Infirmiers à Domicile accompagnés de la liste des personnes qualifiées du 49.
- la liste du matériel nécessaire à l'intervention
- le questionnaire d'évaluation de l'accueil

Ils attestent en avoir pris connaissance et s'engagent à s'y conformer scrupuleusement.

Ce présent document sera signé au plus tard le jour de la première intervention, ou, en cas d'urgence dans un délai de 8 jours maximum.

Commentaires :

Fait à en deux exemplaires le,

Signature de l'utilisateur (*)
et de l'aidant principal

Signature de l'Infirmière coordinatrice

Ou de son représentant légal, dans ce cas faire figurer le nom et le lien de parenté

Suivi des renouvellements ou des modifications

Date	Modifications ou renouvellements	signatures