

**A ENVOYER Par Fax au : 04 95 51 47 82 ou par Mail à : [secretariat@umcs.fr](mailto:secretariat@umcs.fr)**

DATE DE LA DEMANDE D'ADMISSION AU SSIAD : ..... / ..... / .....

### IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM : ..... PRENOM : .....

Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

N° Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

CP Ville : ..... Téléphone : .....

Personne à contacter : ..... Téléphone : .....

Nom du Médecin Traitant : ..... Téléphone : .....

Nom IDEL : ..... Téléphone : .....

### PROVENANCE DE L'APPEL :

NOM : ..... PRENOM : ..... Qualité : .....

Domicile  Etablissement / service : .....

Tél : ..... Fax : .....

Médecin hospitalier : .....

### MÉDICAL :

Diagnostic : .....

Antécédents : .....

Traitement à ce jour (médicaments per os, IV, SC, etc.) : .....

ALLERGIE :  Non  Oui : ..... TAILLE : ..... POIDS : .....

### AUTRES INTERVENANTS :

IDEL Fréquence des interventions : .....

AVS Fréquence des interventions : .....

Autre (précisez) : ..... Fréquence des interventions : .....

### OBJET DE LA DEMANDE / SOINS :

Soins IDE : .....

Pansements : .....

Mobilisation : .....

Nursing : .....

Autre (précisez) : .....

Date d'entrée souhaitée : ..... / ..... / .....

Nom et Signature  
du demandeur :

*Encart réservé au SSIAD UMCS*

**SSIAD UMCS : 04.95.20.40.03**

Accord de prise en charge SSIAD au ..... / ..... / .....

Refus de prise en charge SSIAD

Motif de refus : .....

Fait à Ajaccio, le ..... / ..... / .....

Signature :