Ville de Créteil
Centre Communal d'Action Sociale
Service de soins infirmiers à domicile

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
AU SSIAD DE CRÉTEIL
A envoyer à l'adresse suivante : soins.domicile@ville-creteil.fr

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse complète : _____
Étage : _____ Porte : _____
Code : _____ Interphone : _____
Tel :_____ Courriel : _____
N° Sécurité Sociale : _____ GIR : _____
Date de naissance : _____ à :_____ Pays : _____

Protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre
Si oui : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée
☐ Tutelle Nom du tuteur : _____
Pathologie/antécédents : _____
_____
_____
_____

Nombre de passage par jour souhaité : _____
Nombre de passage par semaine souhaité : _____
Nom du médecin traitant : _____
Nom du spécialiste : _____ VAD : ☐ Oui ☐ Non
Nom de l'Infirmier Libéral : _____
Autre intervenant professionnel : _____

Origine de la demande de prise en charge : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel : _____ Courriel : _____
Date de sortie d'hospitalisation : _____
Au moment de la demande de prise en charge, où se trouve la personne
☐ **Domicile** ☐ **Hôpital** ☐ **Avec son ami(e)** ☐ **Autre** : _____
Intervention d'une aide à domicile :

☐ **CCAS**	☐ **Association**	☐ **Privée**
.....	.....	.....
✆	✆	✆ .....