SSIAD SPASAD - FICHE STRUCTURE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Numéro Finess géographique du service

Raison Sociale

Code postal et nom de la commune d'implantation

CAPACITÉ

Capacité installée au 01.06.2022

dont personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes

dont personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques

ZONE D'INTERVENTION AUTORISÉE

code postal	ville	code postal	ville	code postal	ville

AUTRES INFOS

Cumul des semaines-usagers* au cours de la période (cf. fichier excel pour le calcul) :

Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019

Du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021

Du 1er juillet 2021 au 30 juin 2022

** semaine-usager = nombre usagers x semaines où l'usager est accueilli et occupe une place, avec ou sans passage*

SSIAD SPASAD - FICHE STRUCTURE - DONNEES PROPRES A LA COUPE

DATES DE LA COUPE

Numéro Finess géographique du service

Raison Sociale

Dates de la coupe du au

PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Nombre de personnes accompagnées présentes lors de la coupe

PERSONNEL

Personnel salarié ou intérimaire ou agent du SSIAD/SPASAD

Indiquer le nombre de personnes ayant effectué au moins un soin pendant la période de coupe

- Infirmiers coordinateurs
- Infirmiers soignants
- Aides-soignants / Aides médico-psychologiques

Personnel non salarié intervenant pour le SSIAD

Indiquer le nombre de libéraux ayant effectué au moins une intervention sur la période de coupe

- Infirmiers libéraux / Centres de santé infirmiers

Statut du personnel du SSIAD/SPASAD

Indiquer pour chaque type de convention le nombre de personnes concernées

- Titre IV de la fonction publique hospitalière
- Titre III de la fonction publique territoriale
- Convention Collective de 1951 (FEHAP)
- Convention Collective BAD
- Convention Collective Croix Rouge
- Convention Collective de 1966
- Convention Collective mutualiste
- Autre

SSIAD SPASAD - FICHE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE - PA

CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE

Numéro Finess géographique du service

Raison Sociale

IDENTIFICATION

Code interne de la personne accompagnée

Date de naissance

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Typologie de la personne accompagnée

*1 = personnes **âgées de 60 ans et plus**, malades ou dépendantes*
*2 = personnes adultes de **moins de 60 ans** présentant un **handicap***
*3 = personnes adultes de **moins de 60 ans** atteintes de **pathologies** ou **affections chroniques***

Code Postal

Commune

PRISE EN CHARGE

Date d'**entrée** administrative

Date de **sortie** administrative (réalisée ou prévisionnelle)

MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Cocher la case pour chaque déficience présente chez l'usager et/ou soin dont il a bénéficié pendant la période de coupe, parmi la liste ci-dessous :

- ☐ Aucun(e) de ces déficiences / soins
- ☐ Déficiences de la continence urinaire
- ☐ Déficiences de la continence fécale
- ☐ Prise en charge IDE du diabète insulinotraité
- ☐ Obésité
- ☐ Troubles cognitifs et de la mémoire
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Soins IDE pour escarres et autres plaies chroniques

SOIGNANTS INTERVENANTS AU DOMICILE *(rémunérés hors ESA, hors MND)*

Indiquer pour chaque catégorie de personnel ci-dessous, le nombre total de passages effectués tous intervenants confondus, pour chacune des deux semaines de coupe

oui	Semaine 1			Semaine 2		
	L au V	S	D & JF	L au V	S	D & JF
☐ Infirmiers coordinateurs *(si des soins ont été dispensés)*						
☐ Infirmiers salariés / intérimaires						
☐ Aides-soignants / Aides medico-psychologiques						
☐ Infirmiers libéraux / CSI						
S'il y a eu une ou plusieurs intervention(s) conjointe(s) de plusieurs professionnels, préciser leur nombre :						

DONNÉES À COMPLÉTER POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS, MALADES OU DÉPENDANTES

Modèle AGGIR

MODÈLE AGGIR : Niveau d'autonomie A = fait seul, B = fait partiellement, ou C = ne fait pas, pour les variables suivantes

		A	B	C
Cohérence		☐	☐	☐
Orientation		☐	☐	☐
Toilette	Haut	☐	☐	☐
	Bas	☐	☐	☐
Habillage	Haut	☐	☐	☐
	Moyen	☐	☐	☐
	Bas	☐	☐	☐
Alimentation	Se servir	☐	☐	☐
	Manger	☐	☐	☐
Élimination	Urinaire	☐	☐	☐
	Fécale	☐	☐	☐
Transferts		☐	☐	☐
Déplacement intérieur		☐	☐	☐
Déplacement extérieur		☐	☐	☐
Possibilités pour alerter		☐	☐	☐

GIR évalué par le conseil départemental

Cocher la case correspondant au niveau de GIR évalué par le CD

	1	2	3	4	5	6	inconnu néant	procédure en cours
GIR évalué par le CD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SSIAD SPASAD - FICHE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE - PH

CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE

Numéro Finess géographique du service

Raison Sociale

IDENTIFICATION

Code interne de la personne accompagnée

Date de naissance

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Typologie de la personne accompagnée

*1 = personnes **âgées de 60 ans et plus**, malades ou dépendantes*
*2 = personnes adultes de **moins de 60 ans** présentant un **handicap***
*3 = personnes adultes de **moins de 60 ans** atteintes de **pathologies** ou **affections chroniques***

Code Postal

Commune

PRISE EN CHARGE

Date d'**entrée** administrative

Date de **sortie** administrative (réalisée ou prévisionnelle)

MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Cocher la case pour chaque déficience présente chez l'usager et/ou soin dont il a bénéficié pendant la période de coupe, parmi la liste ci-dessous :

- ☐ Aucun(e) de ces déficiences / soins
- ☐ Déficiences de la continence urinaire
- ☐ Déficiences de la continence fécale
- ☐ Prise en charge IDE du diabète insulinotraité
- ☐ Obésité
- ☐ Troubles cognitifs et de la mémoire
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Soins IDE pour escarres et autres plaies chroniques

SOIGNANTS INTERVENANTS AU DOMICILE *(rémunérés hors ESA, hors MND)*

Indiquer pour chaque catégorie de personnel ci-dessous, le nombre total de passages effectués tous intervenants confondus, pour chacune des deux semaines de coupe

	Semaine 1			Semaine 2		
oui	**L au V**	**S**	**D & JF**	**L au V**	**S**	**D & JF**
☐ Infirmiers coordinateurs *(si des soins ont été dispensés)*						
☐ Infirmiers salariés / intérimaires						
☐ Aides-soignants / Aides medico-psychologiques						
☐ Infirmiers libéraux / CSI						
S'il y a eu une ou plusieurs intervention(s) conjointe(s) de plusieurs professionnels, préciser leur nombre :						

DONNÉES À COMPLÉTER POUR LES PERSONNES ADULTES DE MOINS DE 60 ANS PRÉSENTANT UN HANDICAP OU DES PATHOLOGIES OU DES AFFECTIONS CHRONIQUES

Mesure de l'autonomie dans les actes essentiels

Niveau d'autonomie : pour chaque variable, indiquer si la personne fait spontanément, fait correctement, fait totalement, fait habituellement ou ne fait pas

	Fait spontanément		Fait correctement		Fait totalement		Fait habituellement		Ne fait pas	
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Cohérence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Habillage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Élimination	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Déplacements intérieurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Déplacements extérieurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Possibilité d'alerter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐