



**CONTRAT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE  
PAR LE SSIAD  
DE L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ÎLE**

code : AN-ES-24

version : E

page : 1 / 3

Le contrat de prise en charge définit les droits et les obligations du **Service de Soins Infirmiers A Domicile** et de la personne prise en charge avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Le SSIAD est un service rattaché à l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'Île.

**Le présent contrat de prise en charge est conclu entre :**

Entre les soussignés :

**HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ÎLE,**  
Avenue Pierre de la Bouexière BP 25419 44353 GUERANDE CEDEX  
Représenté par Monsieur DUMORTIER Daniel, Directeur de l'établissement  
Ci-après dénommé « l'établissement »

D'une part,

Et

Madame /  Monsieur

Nom et Prénom(s): .....

Nom de naissance : .....

Demeurant à : .....

Né(e) le ..... à .....

Dénoté ci-après « la personne prise en charge » ;

Le cas échéant, représenté(e) par :

Madame /  Monsieur

Nom et Prénom(s): .....

Nom de naissance : .....

Demeurant à : .....

Né(e) le ..... à .....

Préciser la qualité si mesure de protection juridique :  tuteur  curateur (*joindre la photocopie du jugement*)

Le cas échéant, préciser le lien de parenté : .....

Dûment mandaté à cet effet et se portant en tout état de cause fort de l'exécution des engagements souscrits au titre du présent contrat.

D'autre part,

**LIMINAIRE**

**La personne prise en charge a préalablement pris connaissance du Règlement de fonctionnement du service.**

Il est convenu ce qui suit :



# CONTRAT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE PAR LE SSIAD DE L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE

code : AN-ES-24

version : E

page : 2 / 3

## I - DUREE DE LA PRISE EN CHARGE

**Le présent contrat est conclu du ..... au .....**  
sur prescription médicale qui précise la durée de la prise en charge et pourra ou non être renouvelée en fonction de l'état de santé de la personne prise en charge.  
Celle-ci sera interrompue selon les modalités du Règlement de fonctionnement sus actées.

## II - PRESTATIONS ASSUREES PAR LE SERVICE

*Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « Règlement de Fonctionnement » porté à la connaissance de la personne avec le présent contrat.*

*Le SSIAD assure sur prescription médicale, après avis de du cadre de santé ou d'un infirmier coordonnateur en fonction des places disponibles, des prestations de soins infirmiers techniques ou de base, de réadaptation à domicile ou au substitut du domicile (établissements non médicalisés) et d'accompagnement à des personnes âgées dépendantes ou des adultes handicapés.*

- Malades,
- En phase de réadaptation à domicile,
- Nécessitant une surveillance médicale particulière,
- Souffrant d'une déficience douloureuse,
- Nécessitant une prise en charge technique,
- Nécessitant un accompagnement psychologique,
- Nécessitant un accompagnement de vie sociale,
- En fin de vie.

*Les prestations sont assurées par les aides-soignantes du service sous la responsabilité de du cadre de santé et des infirmiers coordonnateurs et par les professionnels libéraux qui ont passé une convention avec le service et qui sont choisis librement pour la personne concernée et son entourage.*

**Au regard des objectifs de la prise en charge :**

.....

**le présent contrat planifie les prestations du SSIAD (plan d'intervention) :**

**Jours d'intervention :** .....

**Créneaux horaires :**      **MATIN :**  8 à 10h     9 à 11h     10 à 12h  
**SOIR :** 17h à 19h15

**avec les modalités suivantes d'intervention des autres professionnels :**

.....

.....

**M ou Mme ..... dispose d'un boîtier clef à code, n° .....**

**M ou Mme ..... confie un double des clefs de leur domicile au SSIAD et à ..... ☎ :**

**M ou Mme ..... n'est pas opposé à la transmission des informations, notamment médicales, le concernant pour assurer la continuité des soins.**



# CONTRAT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE PAR LE SSIAD DE L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE

code : AN-ES-24

version : E

page : 3 / 3

### III - COUT DE LA PRISE EN CHARGE

Cette prestation est financée par une dotation de soins spécifique versée à l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île. De ce fait aucune avance de soins n'est à réaliser.

### IV - CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

En cas d'hospitalisation, le SSIAD doit être informé le jour même. La réadmission suppose l'accord du cadre de santé ou d'un infirmier coordonnateur en lien avec le médecin traitant.

### V - SORTIES DU SERVICE

Les sorties interviennent :

- A la fin du traitement fixé par le médecin traitant
- En l'absence de renouvellement, de prolongation par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie
- Lorsque l'état de santé et de l'environnement sont devenus incompatibles avec le maintien du patient à domicile
- Lors d'une admission en établissement
- Lors d'un retour à l'autonomie
- Lors d'une rupture du contrat individuel de prise en charge souhaitée par le Directeur de l'Etablissement ou par le patient et sa famille

### VI - ACTUALISATION DU CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

Toute modification de la prise en charge fera l'objet d'un nouveau contrat. Avant son terme, une évaluation à domicile est réalisée afin de reconduire le contrat ou si nécessaire d'y mettre fin.

### VII - SIGNATURES

Toutes les dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité.

Etabli conformément à la loi du 2 janvier 2002, dans le respect des principes énoncés dans les chartes de la personne âgée dépendante et de la personne accueillie.

M. ou Mme ..... a pris connaissance du règlement de fonctionnement du SSIAD et des modalités de son accompagnement (projet personnalisé), pour lesquels il donne son consentement éclairé.

Si la personne n'est pas en capacité, le représentant légal, M. ou Mme ..... en qualité de ..... a pris connaissance du règlement de fonctionnement du SSIAD et des modalités de l'accompagnement (projet personnalisé), pour lesquels il donne son consentement éclairé.

par M. ou Mme ..... agent du SSIAD, et l'a accepté.

Fait à .....  
Le.....

Le Directeur,	La personne concernée,	(ou) Son représentant légal,
Daniel DUMORTIER	M.....	M.....