



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

code : AN-ES-24

version : J

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 :

Les soussignés :

HÔPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE,
Avenue Pierre de la Bouexière BP 25419 44353 GUERANDE CEDEX

Représenté par Monsieur COUVREUR Julien, 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*)
 habilitation familiale sauvegarde de justice

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,

PRELIMINAIRE : La personne prise en charge a préalablement pris connaissance du « Règlement de fonctionnement du SSIAD ».

Il est convenu ce qui suit :

I - DUREE

Le présent contrat est conclu à partir du/...../20....., pour une durée initiale de 30 jours, sur prescription médicale.

Le renouvellement de la durée de la prise en charge sera conditionné à :

- L'avis de l'équipe soignante et l'accord du cadre de santé, coordinateur du SSIAD.
- La prolongation de prise en charge signée par le médecin traitant en fonction de l'état de santé de la personne âgée.
La prise en charge par le SSIAD est soumise à prescription médicale, dont la durée maximale est d'un an renouvelable.
- Le projet personnalisé fera office d'avenant au contrat de séjour.

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 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 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 par la personne concernée et son entourage.

Un projet personnalisé est élaboré au regard de vos besoins spécifiques, dans le respect de vos habitudes de vie et de vos attentes.

Il vous est expliqué et proposé dans les quinze jours suivant l'entrée.

Il sera réajusté selon l'évaluation de vos besoins, au minimum 1 fois par an.

Le projet personnalisé précise les objectifs de la prise en charge et détermine le rythme d'intervention ainsi que les soins réalisés.

Il est une annexe au contrat de séjour.

La personne prise en charge n'est pas opposée à la transmission des informations, notamment médicales, la concernant pour assurer la continuité des soins.

En cas d'effectif réduit dû aux difficultés de recrutement ou à l'impossibilité, dans les délais impartis d'assurer le remplacement d'un agent absent - les soins pourront être réduits à l'essentiel pour assurer un passage auprès de tous les patients.

III - COÛT 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 :

- en l'absence de renouvellement de la prescription du 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'établissement ou par le patient et sa famille. **Cf. règlement de fonctionnement ; E. Clauses d'interruption du contrat**

VI - 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.

La personne prise en charge 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.

Le cadre de santé, Par délégation du Directeur M Paule AUBERT	La personne prise en charge, M.....	ou son représentant légal M.....
		

Fait à, le.....