



**1 Dispositions générales**

- Le contrat définit les droits et obligations du service de soins infirmiers à domicile et de la personne prise en soin avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.
- Les personnes appelées à souscrire un contrat sont invitées à prendre connaissance du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil avec la plus grande attention.

Le contrat de prise en soin par le Service de Soins Infirmiers à Domicile de Cluny est conclu entre :

**Me/Mlle/Mr** .....  
Indiquer nom(s) et prénoms(s)

**Adresse**.....  
.....

Le cas échéant, représenté par Mme/Mlle/Mr (indiquer : nom, prénom, date et lieu de naissance, lien de parenté, préciser : tuteur, curateur, joindre photocopie du jugement)  
.....

**Et Madame Corinne MARFIL, Directrice du Centre Hospitalier de Cluny** représentée par ....., Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat, coordonnateur(rice) du S.S.I.A.D.

Il est convenu ce qui suit :

**1 Durée de prise en soin:**

- Le présent contrat prend effet le :...../...../..... sur prescription médicale.

Il est établi pour :  une durée d'un an avec reconduction tacite des 2 parties  
 Du ...../...../..... Au ...../...../.....  
Il sera réévalué et reconduit après évaluation

**2 Objectifs de prise en charge:**

Après évaluation de votre situation, en concertation avec vous-même et vos proches (avec votre accord), il a été défini que notre service intervienne pour :

.....  
 .....

- Le SSIAD assure les soins d'hygiène sur prescription médicale, après avis de l'infirmier(e) coordonnateur (rice) en fonction des places disponibles.
- Ces prestations sont assurées par les aides-soignants (es) du service sous la responsabilité de l'infirmier(e) coordonnateur (rice) .
- Les soins infirmiers prescrits sont effectués par des professionnels libéraux ayant passé une convention avec le SSIAD. Ils sont choisis librement par la personne concernée ou par son entourage.
- Toutes les prestations d'aide à la vie quotidienne (courses, ménage, confection des repas,...) ne sont pas incluses dans nos interventions.

**3 Coût de la prise en charge :**

- Les frais sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

**4 Modalités d'intervention**

Vos souhaits : .....

Propositions du SSIAD :

Les interventions au domicile de .....seront au nombre de..... par jour et de.....par semaine.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN							
13H00							
SOIR							

Plage horaire :.....( modifiable selon les nécessités du service).

Passages les jours fériés : oui  non

**Les horaires et la fréquence des interventions peuvent fluctuer en fonction d'urgences, ou pour des raisons internes à l'organisation et au fonctionnement du SSIAD.**

**Besoins en matériel particulier**

Le bon déroulement des prestations implique que la personne prise en soin accepte les aides techniques prescrites et mette à disposition du service le matériel spécifique.

**Aides techniques**

- Lit médicalisé
- Déambulateur
- Lève – malade
- Pilulier

**Matériel spécifiques**

- serviettes à changer régulièrement
- linge propre pour assurer les changes
- petite pharmacie
- autres :

## **5 Adaptation du plan de soin**

A la demande de l'une des parties, le contrat de soins pourra être revu. Les changements mineurs feront l'objet d'une notification écrite dans le dossier de liaison au domicile. Les changements majeurs feront l'objet d'avenants. Ce présent contrat est mis à jour au moins une fois par an.

## **6 Engagement de la personne**

**La personne prise en soin et ou son représentant, s'engage au fur et à mesure de l'évolution de son état de santé à accepter les aides techniques et le matériel nécessaire** au bon déroulement des soins pour sa sécurité et celles du personnel du SSIAD.

**Un refus conduira le SSIAD à interrompre les interventions.**

\_Nous vous demandons de mettre à notre disposition les prescriptions médicales concernant nos interventions et celles des infirmiers libéraux ainsi que leur renouvellements.

\_En cas d'hospitalisation et de retour d'hospitalisation, nous vous demandons de prévenir le service dans les plus brefs délais.

## **7 Stagiaires :**

Le service accueille des stagiaires ( étudiants infirmiers , élève aide soignant, formation au diplômes DEAVS , etc).

Sauf opposition de votre part , ils accompagnent le personnel soignant dans leurs missions .

J'accepte

Je n'accepte pas

## **8 Résiliation**

Vous pouvez mettre fin à nos interventions à tout moment.

Pour le SSIAD se référer aux conditions citées dans le règlement de fonctionnement p1 à p16.

## **9 Consentement**

Je soussigné(e) : ..... certifie avoir reçu et pris connaissance du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du présent contrat de soins , et m'engage à en respecter le contenu .

J'accepte les interventions du SSIAD dans les conditions définies par le contrat.

Fait à ..... le.....en deux exemplaires originaux.

Signature du patient ou du représentant légal  
Précédé de la mention *lu et approuvé*

Signature de l'infirmier (ère)  
coordinateur (rice)