	ENREGISTREMENT		Page : 1/ 2	
	DIPEC		PC.SSIAD.S.001.EN01	V4
			Date d'application : 29/11/2017	

## Document Individuel De Prise En Charge : D.I.P.E.C

### Le présent document est conclu entre :

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile de la Maison de Retraite « Les Tilleuls » d'Oraison, domicilié Quartier des Eyrauds - Boite Postale 105 - 04700 ORAISON.

Tél. 04 92 70 55 00 - Fax 04 92 70 55 10

Mail : residencelestilleuls@orange.fr

Représenté par ..... - Qualité : .....

**et**

M/ Mme : .....

Ou son représentant/lien : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

### Aide Soignante référente :

Date d'entrée dans le service : ..... / ..... / .....

Date d'entrée en vigueur du DIPEC : ..... / ..... / .....

Le DIPEC sera modifié en cas de changement de prise en charge et non à chaque renouvellement d'ordonnance.

Fréquence des passages : ..... fois par semaine


	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
matin							
soir							

### Objectifs de la prise en charge :

- Retour autonomie                       Eviter l'hospitalisation                       Retarder le placement  
 Maintien à domicile

### Prestations assurées :

Toilette au lavabo		Friction		Vidange stomie urinaire	
Toilette au lit		Prévention des escarres		Vidange stomie digestive	
Douche – Bain		Change protection		Change stomie digestive	
Bain de pieds		Habillage - Déshabillage		Surveillance déshydratation	
Shampooing		Bas de contention		Mise au fauteuil	
Manucure – Pédicure		Réfection du lit		Lève- malade	
Soins de bouche - Prothèses		Lever – Coucher		Aide aux transferts	
Soins des yeux		Mobilisation		Aide à la marche	
Rasage		Mobilisation au lit		Appareillage - Lombostat	
Soins cutanés		Surveillance diurèse-Selles		Pesée	
Education du patient, entourage		Pose étui pénien		Soins relationnels	
Aide à la prise des médicaments				Hydratation	

	ENREGISTREMENT		Page : <b>2 / 2</b>	
	DIPEC		PC.SSIAD.S.001.EN01	V4
			Date d'application : 29/11/2017	

- La personne soignée s'engage à respecter scrupuleusement le contrat individuel de prise en charge sous peine de suppression de la prestation servie.
- Si elle n'adhère plus à son projet de soins, elle peut à tout moment mettre fin au contrat.

Par ailleurs, l'Infirmière Coordinatrice peut mettre fin à une prise en charge si elle évalue que les conditions à minima d'hygiène et de sécurité n'ont pas été mises en œuvre malgré les actions de conseil, d'informations et d'incitations conduites par l'équipe du SSIAD pour prodiguer des soins répondant aux critères de qualité et de confort auxquels elle s'est engagée de par une charte de qualité.

L'Infirmière Coordinatrice fait part des motifs de sa décision au médecin traitant, aux services sociaux compétents et à l'ARS.

- **En cas d'interruption supérieure à 15 jours, la reprise en charge ne sera pas systématique, elle sera fonction de la charge en soins et des possibilités du service.**
- La fin de prise en charge est organisée avec la personne âgée, son entourage et son médecin.
- **Lors d'absence des aides-soignantes, le service s'engage à assurer leur remplacement dans les plus brefs délais. Cependant, ces aléas peuvent engendrer des dysfonctionnements dans les horaires de passage comme dans l'ordre des tournées.**
- Lors de la prise en charge, un dossier de soins est remis à l'utilisateur, il permet au médecin, infirmier libéral, aide-soignant, kinésithérapeute, pédicure ... d'avoir et de communiquer des informations utiles au bon déroulement de la prise en charge. Il est laissé au domicile.
- Pour nous permettre de mieux répondre aux besoins des usagers et d'améliorer nos prestations auprès des personnes soignées, une fois par an, le service leur adresse une enquête de satisfaction à travers un questionnaire anonyme.
- Toute personne prise en charge par le service peut faire appel, en vue de l'aider à défendre ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le Préfet et le Conseil Départemental.

***L'accompagnement assuré par le SSIAD est pris en charge par votre caisse d'assurance maladie.***

*Signature de la personne prise en charge ou de son représentant  
pour le consentement aux soins*      *Signature de l'Infirmière Coordinatrice*