



**CONTRAT DE PRESTATION ET DE SOINS
DU Comité deS AGES du Pays Trithois
SPASAD
« Service Polyvalent d'Aide et de Soins à
Domicile »**

3 étapes pour bien débuter :

① Vous composez votre prestation

Nous sommes là pour vous conseiller

② Nous vous fournissons un devis

Un élément incontournable pour vous permettre de prendre une décision.

③ Nous signons ensemble un contrat

Une présentation du personnel, une explication de règles simples pour une relation sans mauvaises surprises.

Et c'est parti !

Le service + : Votre situation vous permet de bénéficier d'une prise en charge financière : APA, Caisse de retraite, Mutuelle... c'est le Comité deS AGES du Pays Trithois qui se charge gratuitement de compléter les différents dossiers.

Ensemble, donnons plus de vie à leurs jours

Comité deS AGES du Pays Trithois « SPASAD »
Rue Pierre Brossolette – Aulnoy lez valenciennes
BP 70355
59304 VALENCIENNES CEDEX

Tél 03.27.23.78.00 Fax 03.27.23.78.99 – spasad@cdesages.com - www.cdesages.com

Autorisé par l'arrêté conjoint du Président du Conseil Départemental du Nord et de la Directrice Générale de l'ARS Hauts-de-France en date du 05 septembre 2017
SIRET : 245 900 287 000 54 FINISS : 590006854

① Vous composez votre prestation, nous sommes là pour vous conseiller.

Vous choisissez son contenu : « Information non contractuelles permettant de définir le volume de la prestation et renseigner l'utilisateur ».

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

**Accompagnement et aide dans les actes essentiels de la vie
(hors actes de soins)**

- Aide à la prise des repas
- Aide aux levers/aux déplacements
- Aide aux levers matinaux et couchers tardifs
- Garde itinérante de nuit
- Aide à l'habillage et au déshabillage
- Aide à l'hygiène
- Aide à la prise de médicaments
- Aide au répit
- Autres : _____

Accompagnement et aide dans les activités domestiques

- Entretien courant du logement et du linge
- Courses
- Préparation des repas
- Réchauffage des repas
- Portage de repas à domicile
- Transport accompagné
- Petits travaux de bricolage
- Petits travaux de jardinage
- Autres : _____

**Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et
relationnelle**

- Démarches administratives
- Accompagnement à l'extérieur
- Présence relationnelle
- Aide mémoire-re-création
- Autres : _____

Vous définissez vos préférences pour son organisation

Date de début de l'intervention :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fréquence des interventions par semaine :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

| Plages horaires envisagées | Horaire Matin | Horaire Après midi | Horaire soir |
|----------------------------|---------------|--------------------|--------------|
| Lundi | | | |
| Mardi | | | |
| Mercredi | | | |
| Jeudi | | | |
| Vendredi | | | |
| Samedi | | | |
| Dimanche | | | |

La répartition, les horaires et le nombre d'intervention peuvent être modifiés à la demande de l'utilisateur et également à la demande du service dans les cas d'urgence ou en fonction des disponibilités du personnel.

L'utilisateur est informé par le service des modifications.

Le présent contrat est conclu pour le SAAD :

- Une durée de 1 an renouvelable pour un accord caisse de retraite
- Une durée de 3 ans pour un accord APA par le Conseil Départemental
- Une durée de 3 mois pour un accord SH (Sortie d'Hospitalisation)
- Une durée indéterminée pour un dossier « participation intégrale »

Pour le SSIAD :

Le contrat est établi à compter du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. sur prescription médicale.

La durée de la prise en charge est variable et validée par le médecin conseil de la CPAM de l'utilisateur.

La prise en charge peut être reconduite ou interrompue selon l'état de dépendance de la personne et sur la demande de l'intéressé sans procédure particulière.

Pour l'ESAD : Le contrat est établi à compter du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. sur prescription médicale.

Validation de 12 à 15 séances/an échelonnées sur 3 mois maximum.

② Nous vous fournissons un devis (Uniquement pour le SAAD)

Un élément incontournable pour vous permettre de prendre une décision.

Suivant votre situation, une partie de nos prestations peut être prise en charge par un organisme financeur, ces financements dépendent de règles et d'accord indépendant du Comité deS AGES.



DEVIS GRATUIT N°2021-

Date d'établissement du devis : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du devis : 1 mois (*sous réserve de confirmation des tarifs réglementaires en vigueur*)

• **Identification**

Comité deS AGES du Pays Trithois « Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile » autorisé par l'arrêté conjoint du Président du Conseil du Département du Nord et de la Directrice Générale de l'ARS Hauts-de-France en date du 05 septembre 2017.

Devis établi par :

Nom Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SIRET : 245 900 287 000 54 FINESS : 590006854

Pour :

Nom Prénom de l'utilisateur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ou représenté(e) par son représentant légal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu d'exécution de la prestation (si différent) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Vous avez formulé auprès de notre service une demande d'intervention à votre domicile destinée à vous accompagner dans votre projet de vie.

Nous avons effectué une évaluation individuelle à votre domicile/ou par téléphone le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Et, après concertation avec vous-même et vos proches, nous avons établi le présent devis.

• **Nature de l'intervention** : Activités à détailler

- Accompagnement et aide dans les activités domestiques
- Activités domestique (entretien du logement et du linge)
- Course et préparation des repas
- Assistance administrative à domicile
- Transport accompagné
- Petits travaux de bricolage
- Petits travaux de jardinage
- Autres (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et relationnelle à domicile ou à partir du domicile

- Activités de loisirs et de la vie sociale
- Aide mémoire-création
- Soutien de relations sociales
- Autres (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Accompagnement et aide dans les actes essentiels de la vie (hors actes de soins)

- Aide à la toilette
- Aide à l'alimentation
- Aide aux levers
- Aide aux couchers
- Aide aux levers matinaux
- Aide aux couchers tardifs
- Aide aux fonctions d'élimination
- Soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices
- Aide à la mobilité

Garde itinérante de nuits (cochez la tarification choisie)

| | | |
|--------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tarification 1 | Nuit calme : 1 intervention de 21h à 6h |
| <input type="checkbox"/> | Tarification 2 | Nuit agitée : 2 à 3 interventions de 21h à 6h |

Autres (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

• **Réalisation de l'intervention souhaitée :**

Date de début de l'intervention : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

| | | |
|-------------------------------------|--|--------|
| Nombre d'heures prévues/semaine | | Heures |
| Fréquence des interventions/semaine | | Jours |

La répartition, les horaires et le nombre d'interventions peuvent être modifiés à la demande de l'utilisateur et également à la demande du service dans les cas d'urgence ou en fonction des disponibilités du personnel.

Dans la mesure du possible, l'utilisateur est informé par le service des modifications.

Commentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

• **Coût horaire**

| | Tarif horaire | Prise en charge | Reste à charge |
|---|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| <u>Barème APA Conseil départemental du nord</u> Lundi au samedi | 25.95€/h | | |
| Dimanche et jours fériés | 27.95€/h | | |
| <u>Barème PCH Conseil Dpt</u> | 22.00€/h | | |
| <u>Participation intégrale</u> Du lundi au samedi | 25.95€/h | | |
| Dimanche et jours fériés | 28.80€/h | | |
| <u>Barème CARSAT</u> | 24.50€/h | | |
| <u>Aide mémoi-re-création</u> Taux horaire | 25.95€/h | | |
| <u>Restauration à Domicile</u> Journée alimentaire | 9.26/plateau 4.17/livraison | | |
| <u>Garde Itinérante de nuit</u> Tarification 1 | 105€/nuit | | |
| | Tarification 2 | 151€/nuit | |
| <u>Transport accompagné</u> Véhicule (seul) H. entamée | 9.70€/h | | |
| | Véhicule (accompagné) H.entamée | 12.00€/h | |
| <u>Petits travaux de bricolage</u> Taux horaire | 31€/h | | |
| <u>Petits travaux de jardinage</u> Taux horaire | 31€/h | | |
| Frais kilométrique | 0.98€/km | | |
| TOTAL | | | |

Frais de dossier annuel (à la date anniversaire du contrat) : 35.00€

Service garde itinérante de nuit majoration de 25% pour des nuits de dimanches et jours fériés

Une attestation fiscale est envoyée chaque année pour l'obtention d'une réduction ou un crédit d'impôts

• **Rythme des facturations**

Une facture correspondant à la prestation réalisée est envoyée mensuellement. Les factures sont payables à réception.

L'utilisateur souhaitant un nombre d'heures supérieur à la prise en charge (Département, Caisse de retraite...), s'engage à régler les heures effectuées, indépendamment de la prise en charge, au tarif « participation intégrale » en vigueur.

• **Mode de paiement possible**

Prélèvement automatique

Chèque bancaire

CESU Préfinancé

Autres (à préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En cas de rejet du prélèvement ou de non-provision du compte bancaire, les frais de rejet seront à payer par l'utilisateur.

- **Documents remis à l'utilisateur**

L'utilisateur reconnaît avoir reçu les documents suivants :

Le livret d'accueil (comprenant le règlement de fonctionnement du service et ses annexes)

Les tarifs des prestations en vigueur proposées par le service

Le contrat individuel de prestation d'aide à domicile.

Personne à contacter :

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien de parenté : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait en deux exemplaires

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature de l'utilisateur

Ou de son mandataire contractuel

Signature Isabelle CHOAIN, Présidente du Comité deS AGES

Par délégation en date du 26/05/2021

Denis RODOT, Directeur Général

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile pour les personnes de plus de 60 ans « Uniquement sur prescription médicale »

100% prise en charge par l'assurance maladie

Le SSIAD prend en charge le coût des soins infirmiers libéraux conventionnés dans une enveloppe limitée.

Lors d'intervention du SSIAD, l'infirmier libéral n'utilise pas votre carte vitale

Soins dispensés par les aides-soignants

- Soins de nursing : hygiène et confort, douche, toilette au lit...
- Aide au lever, à l'habillage, à la mise au fauteuil, au coucher
- Aide à l'élimination urinaire et fécale et au change des protections
- Stimulation des capacités motrices et mémorielles
- Soutien psychologique
- Rôle d'éducation à la santé (aide à l'équilibre alimentaire)
- Surveillance des paramètres vitaux de la personne, de la prise médicamenteuse
- Rôle de prévention des risques (escarres, chutes-postures et gestes adaptés à l'âge et à la mobilité)
- Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins techniques réalisés par votre infirmier libéral conventionné

- Préparation du pilulier
- Pansements
- Injections sous cutané, IM...
- Autres soins techniques infirmiers selon prescription médicale Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Synthèse de fin réalisée par l'équipe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ESAD : Equipe Spécifique Alzheimer à Domicile Pour les personnes de plus de 60 ans « Uniquement sur prescription médicale »

100% prise en charge par l'assurance maladie

Soins dispensés par les Assistantes de soins en Gérontologie (ASG), Ergothérapeute et Psychomotricien

- 1^{ère} évaluation
- Stimulation des capacités cognitives
- Aide au maintien dans le lieu de vie
- Travail de l'équilibre
- Confiance en soi et lien social
- Travail de l'orientation dans le temps et dans l'espace
- Travail de la concentration et de la mémoire
- Conseil d'aménagement du domicile
- Autonomie
- Soutien aux aidants
- Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins dispensés par l'ensemble de l'équipe

- Synthèse de fin réalisée par l'équipe et transmission au médecin prescripteur
- Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

③ Nous signons ensemble un contrat

Des règles simples pour une relation sans mauvaises surprises.

Ce document a volontairement été simplifié pour vous offrir plus de clarté, il doit cependant être accompagné de nos conditions générales de prestation (règlement de fonctionnement) qui détaillent notre engagement réciproque. N'hésitez pas à demander des explications auprès de votre référent.

La prestation définie se déroulera au bénéfice de l'utilisateur à l'adresse ci-dessous :

Nom et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CP et VILLE: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Contrat de mandat : désignation du mandaté contractuel « la signature doit obligatoirement être celle de la personne âgée ».

Je soussigné(e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. dénommé ci-après l'utilisateur,

Atteste que je souhaite désigner comme personne mandaté :

Nom et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CP et VILLE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Concernant :

- Le suivi de mon dossier administratif La réception de mon courrier
 Le paiement de mes prestations

Ou

Atteste que je ne souhaite pas désigner de personne mandatée

Pour valoir ce que de droit

Fait à Aulnoy lez valenciennes, le :

Signature précédée de la mention (lu et approuvé)

Le mandaté (la personne désignée)

Le mandataire (Usager)

Quels sont vos principaux engagements vis à vis du Comité deS AGES du Pays Trithois ?

Vous vous engagez à respecter les points suivants mentionnés dans le règlement de fonctionnement du SPASAD :

Pour le SAAD

- Être présent à son domicile lors des interventions
- Solliciter l'auxiliaire de vie sociale uniquement pour vos propres besoins et non ceux de votre entourage ou de votre famille
- Mettre à disposition les équipements et matériels en bon état de fonctionnement et produits nécessaires à l'accomplissement des missions de l'auxiliaire de vie sociale
- Prévenir le service 8 jours à l'avance lorsque vous envisagez d'être absent de votre domicile, ou 15 jours minimum en cas d'absence pour cause d'hospitalisation prévue ou de vacances
- Valider les heures d'intervention selon les modalités définies par le service

Pour le SSIAD-ESAD :

Vous vous engagez :

- Au fur et à mesure de l'évolution de votre état de santé à accepter les aides techniques et le matériel nécessaire au bon déroulement des soins pour votre sécurité et celles du personnel du SSIAD.
- Nous vous demandons de mettre à notre disposition les prescriptions médicales concernant nos interventions et celles des infirmiers libéraux, la copie de la notification du plan d'aide APA du Conseil Départemental.... Ainsi que leurs renouvellements.
- En cas d'hospitalisation et de retour d'hospitalisation, nous vous demandons de prévenir le service dans les plus brefs délais.

Quels sont nos principaux engagements vis à vis de vous ?

Pour le SAAD

Nous nous engageons à accomplir notre mission en respectant les principes du règlement de fonctionnement et la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendantes dont notamment :

- Répondre au mieux aux attentes de l'utilisateur
- Garantir la confidentialité des informations transmises par l'utilisateur dans le cadre de son dossier
- Fournir la prestation convenue sans interruption et notamment en assurant le remplacement des intervenants dans un délai raisonnable
- Fournir une attestation annuelle pour la déclaration fiscale conformément à la législation en vigueur,
- Enregistrer, étudier, répondre aux réclamations de l'utilisateur
- Remettre le cahier de coordination à la signature du contrat

Pour le SSIAD :

Nous nous engageons :

- À assurer à l'utilisateur des soins d'hygiène et de nursing en travaillant au maximum l'autonomie
- À répondre au besoin de l'utilisateur et à établir de bonnes relations humaines
- À aider l'utilisateur à retrouver son autonomie lors d'une intervention ponctuelle

Pour l'ESAD :

Nous nous engageons :

- À Assurer à l'utilisateur, des séances de réhabilitation
- À préserver son autonomie en l'aidant au maintien des capacités existantes en fonction des habitudes de vie de la personne
- À proposer des modes de communication verbale et non verbale pour les aidants
- À conseiller l'adaptation du domicile

Comment résilier ce contrat ? (uniquement pour le SAAD)

Si vous désirez résilier ce contrat, contactez votre référent et prévoyez un préavis d'un mois maximum pour nous permettre une réorganisation de nos plannings.

Vous bénéficiez également d'un délai de rétractation de 14 jours après la signature de ce contrat.

Par la signature de ce contrat, vous reconnaissez avoir reçu :

Oui Non : « Règlement de fonctionnement » reprenant les conditions générales de prestation

Oui Non : Livret d'accueil

Oui Non : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Oui Non : La personne de confiance

Oui Non : Projet d'accompagnement individualisé

Oui Non : Cahier de coordination

Oui Non : Bordereau de rétractation

Par la signature de ce contrat, vous acceptez les conditions générales de prestation ? :

Oui, j'accepte les conditions générales de prestation

Non, je n'accepte pas les conditions générales de prestation et ne donne pas suite à ma demande de prestation auprès du Comité deS AGES du Pays Trithois.

Fait en doubles exemplaires

A Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'utilisateur ou son représentant légal

Isabelle CHOAIN, Présidente

Denis RODOT, Directeur Général,
Par délégation de la Présidente
en date du 26/05/2021

**PLAN D'AIDE OU ACCORD DU DEPARTEMENT OU DE LA CAISSE
DE RETRAITE**

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

Suite au décret n°2004-127 du 26 novembre 2004, relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge passé entre :

Le Comité deS AGES « SAAD » rue Pierre Brossolette- BP 70355- Aulnoy lez Valenciennes - 59304 VALENCIENNES CEDEX

Représenté par Isabelle CHOAIN, Présidente du Comité deS AGES.

L'usager ou son représentant légal : Mr/Mme _____

Il a été décidé que chaque année, les objectifs et les prestations apportés à Mr ou Mme _____ seront réévalués et réadaptés, avec son accord, en fonction de son projet de soins et de son projet de vie.

| Rappel des objectifs définis lors de la 1 ^{ère} évaluation | Objectifs définis 6 mois après |
|--|--|
| | |
| Rappel des moyens définis lors de la 1 ^{ère} évaluation | Moyens définis 6 mois après |
| <input type="checkbox"/> Stimuler les facultés de la personne âgée intellectuelles, sensorielles et motrices <input type="checkbox"/> Faciliter sa mobilité, ses déplacements et son installation en chaise ou au lit <input type="checkbox"/> Aider à l'habillage et au déshabillage <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Aider à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale <input type="checkbox"/> Shampoing <input type="checkbox"/> Toilette du dos <input type="checkbox"/> Toilette des pieds <input type="checkbox"/> Rasage <input type="checkbox"/> Mise en place prothèse <input type="checkbox"/> Aider à la préparation des repas <input type="checkbox"/> Préparer les repas <input type="checkbox"/> Réchauffer les repas <input type="checkbox"/> Desservir + vaisselle | <input type="checkbox"/> Stimuler les facultés de la personne âgée intellectuelles, sensorielles et motrices <input type="checkbox"/> Faciliter sa mobilité, ses déplacements et son installation en chaise ou au lit <input type="checkbox"/> Aider à l'habillage et au déshabillage <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Aider à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale <input type="checkbox"/> Shampoing <input type="checkbox"/> Toilette du dos <input type="checkbox"/> Toilette des pieds <input type="checkbox"/> Rasage <input type="checkbox"/> Mise en place prothèse <input type="checkbox"/> Aider à la préparation des repas <input type="checkbox"/> Préparer les repas <input type="checkbox"/> Réchauffer les repas <input type="checkbox"/> Desservir + vaisselle |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Servir <input type="checkbox"/> Aide à la prise des repas <input type="checkbox"/> Surveillance prise médicaments <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Entretien du logement <input type="checkbox"/> Faire le lit <input type="checkbox"/> Entretien du linge | <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Servir <input type="checkbox"/> Aide à la prise des repas <input type="checkbox"/> Surveillance prise médicaments <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Entretien du logement <input type="checkbox"/> Faire le lit <input type="checkbox"/> Entretien du linge |
| <input type="checkbox"/> Aider à la réalisation ou réaliser des achats alimentaires <input type="checkbox"/> Avec la personne <input type="checkbox"/> Sans la personne <input type="checkbox"/> Participer à l'élaboration des menus <input type="checkbox"/> Aider à la réalisation ou réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits <input type="checkbox"/> Aider ou effectuer l'aménagement de l'espace domiciliaire dans le but de confort et sécurité. | <input type="checkbox"/> Aider à la réalisation ou réaliser des achats alimentaires <input type="checkbox"/> Avec la personne <input type="checkbox"/> Sans la personne <input type="checkbox"/> Participer à l'élaboration des menus <input type="checkbox"/> Aider à la réalisation ou réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits <input type="checkbox"/> Aider ou effectuer l'aménagement de l'espace domiciliaire dans le but de confort et sécurité. |
| <input type="checkbox"/> Participer au développement et/ou au rétablissement et/ou maintien de l'équilibre psychologique <input type="checkbox"/> Stimuler les relations sociales <input type="checkbox"/> L'accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale : lors de sorties brèves, promenades, démarches, visite chez le médecin.... <input type="checkbox"/> Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives | <input type="checkbox"/> Participer au développement et/ou au rétablissement et/ou maintien de l'équilibre psychologique <input type="checkbox"/> Stimuler les relations sociales <input type="checkbox"/> L'accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale : lors de sorties brèves, promenades, démarches, visite chez le médecin.... <input type="checkbox"/> Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives |
| Bilan de ces moyens et objectifs 1^{ère} évaluation | Évolutions sur 6 mois |
| Accord, remarques et modifications apportées par l'utilisateur (et/ou son représentant légal) | |
| En présence de l'utilisateur <input type="checkbox"/> | En présence de sa famille <input type="checkbox"/> |
| Remarque : | |
| Constat réalisé le : <input type="text"/> Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Signature : | |
| Par : _____ | |

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter :

Denis RODOT, Directeur Général au 03.27.23.78.00

Christine VANMEERVENNE, Directrice SPASAD : cvanmeerverenne.cds.ssiad@cdesages.com

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Hélène DAMEZ, Coordinatrice SAAD

hdamez.spasad@cdesages.com

Référents de secteur :

Busin Valerie au 03.27.23.78.72

vbusin.spasad@cdesages.com

Lekeux Murielle au 03.27.23.78.69

mlekeux.spasad@cdesages.com

Dewasme Sandrine au 03.27.23.78.73

sdewasme.spasad@cdesages.com

Prévot Valérie au 03.27.23.78.68

vprevot.spasad@cdesages.com

Lionel DUBOIS au 03.27.23.78.77

ldubois.spasad@cdesages.com

En dehors des heures d'ouverture au public et uniquement en cas d'urgence, il est possible de laisser un message sur le portable d'astreinte du service consulté 3 fois par jour : 06.44.10.44.17

Service de Soins Infirmiers à Domicile

Nathalie FRANCISCO, Infirmière :

nfrancisco.ide.ssiad@cdesages.com

Tél : 03.27.23.78.92

Dorothee LEROY, secrétaire :

dleroy.secretariat.ssiad@cdesages.com

Tél : 03.27.23.78.67

En dehors des heures d'ouverture au public et en cas d'urgence, uniquement, il est possible de laisser un message, sur le répondeur téléphonique du service consulté par le personnel d'astreinte, 3 fois par jour : 03.27.23.78.67

Equipe Spécifique Alzheimer à Domicile

Bureau ESAD : esad.relaiance.ssiad@cdesages.com

Tél : 03.27.09.91.99

COUPON DE RETRACTION A RENVOYER DANS LES 14 JOURS

Je soussigné(e), Mme, Melle, Mr _____ déclare annuler la commande ci-après, conformément à l'article L.121-25 du code de la consommation :

Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

Nom de l'utilisateur : _____

Adresse de l'utilisateur : _____

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur client :