LE DOSSIER D'ADMISSION

Le dossier complet doit nous parvenir dans les meilleurs délais et **obligatoirement** comporter :

Quel que soit le séjour :

- ☐ La « demande d'accord préalable pour admission en service de soin » du médecin traitant pour une hospitalisation médicale à la MEDT ;
- ☐ Copie de l'attestation de la sécurité sociale jointe à la carte vitale ;
- ☐ Copie **recto/verso** de votre carte mutuelle, de l'assurance complémentaire ou de la CMU ;
- ☐ L'attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année en cours ;
- ☐ Fiche de **Préadmission Volet Médical : à faire compléter obligatoirement par le médecin prescripteur du séjour** ;
- ☐ Fiche de **Préadmission Volet Administratif et Volet Paramédical** à remplir par le responsable légal ;
- ☐ Les différentes autorisations et imprimés dument complétés et signés par les parents et le jeune patient ;
- ☐ Les 3 derniers bulletins scolaires de votre enfant ;
- ☐ Une photo d'identité datant de moins de 2 mois;
- ☐ En cas de séparation ou de divorce, joindre la photocopie du dernier jugement Juge des Affaires Familiales s'il s'agit d'un premier séjour ;
- ☐ Copie du jugement Juge des enfants, le cas échéants

S'il s'agit d'un premier séjour :

- ☐ **La copie intégrale du carnet de santé,** comprenant : la page des données de la naissance, toutes les pages où figurent des données manuscrites écrites par les médecins (poids, tailles, observations etc.), la photocopie des courbes de taille, poids et indice de masse corporelle (IMC), les vaccinations, les hospitalisations.
- ☐ **Notification MDPH le cas échéant**
- ☐ Une photocopie **recto/verso** de la carte d'identité de votre enfant et la photocopie du livret de famille ;

Envoie du dossier :

Merci d'adresser votre dossier complet par courrier à l'adresse suivante :
Maison d'Enfants Diététique et Thermale

Service des Admissions
1275, rue de Provence
65130 CAPVERN LES BAINS

La Commission d'Admission :

Votre dossier sera examiné en Commission pluridisciplinaire. Le médecin de l'établissement et la direction valideront les modalités de séjour.Le secrétariat vous communiquera la date d'entrée en séjour par mail ou par téléphone suivant les délais.

Le jour de l'entrée :

Vous devez vous présenter au Bureau des Entrées avec les originaux de :

- **la pièce d'identité du jeune patient et celle du responsable légal accompagnateur**
- **le carnet de santé du patient;**
- **les originaux de votre dossier médical (radiologie, irm…)**

IMPORTANT : Dans le cadre de la continuité des soins, **nous vous demandons d'apporter les médicaments d'un éventuel traitement en cours pour une durée de 48h avec l'ordonnance correspondante à jour.**

Entretien du linge :

Si vous optez pour l'entretien du linge pour votre enfant dans notre établissement :

- **Un chèque mensuel de 40€ à l'ordre de la Medt.**

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

FICHE DE PREADMISSION VOLET ADMINISTRATIF

Le Jeune Patient :

NOM : _____Prénom(s) : _____ Nationalité : Sexe : ❑ F ❑M

Né(e) le : _____/_____/_____ à : _____ Code postal : _____

Adresse du domicile principal du Jeune Patient [1]: _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de tél. portable du Jeune Patient : ___/___/___/___/___/

N° de Sécurité Sociale : ___/___/___/___/___/___/___/

Caisse d'Affiliation : _____

Mutuelle : ❑ Oui ❑ Non Si oui, laquelle : _____

Les représentants légaux :

NOM et Prénom du Père : _____ Date de naissance :

Profession : _____ Tél. portable : ___/___/___/___/___/ Email :

Tél. domicile : ___/___/___/___/___/ Tél. travail : ___/___/___/___/___/

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

NOM et Prénom de la Mère : _____Date de naissance

Profession : _____ Tél. portable : ___/___/___/___/___/ Email :

Tél. domicile : ___/___/___/___/___/ Tél. travail : ___/___/___/___/___/

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Autorité parentale : Conjointe ☐ Exclusive Père ☐_Exclusive Mère ☐ Autres : ☐

Si autres Nom Prénom : _____ Date de naissance :

Lien de parenté :

Tél. portable : ___/___/___/___/___/ Tél. domicile : ___/___/___/___/___/

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation familiale

□ Parents mariés depuis le :
□ Parents séparés depuis le :
□ Parents divorcés depuis le :
□ Parents veuf/veuve depuis le :
□ Famille monoparentale □ Père □ Mère
□ Famille recomposée □ Père □ Mère

[1] **En cas de changement d'adresse pendant le séjour du Jeune Patient, vous devrez obligatoirement nous communiquer la nouvelle adresse, même provisoire.**

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Personne Ressource désignée par la famille : :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Profession : _____ Tél. portable : ___/___/___/___/___/

Tél. domicile : ___/___/___/___/___/ Tél. travail : ___/___/___/___/___/

Adresse du domicile :

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Patient dans la Fratrie : _

Rang du patient dans sa fratrie : _

Par ordre de naissance : patient inclus :_____

Prénom	Nom	Date de naissance	Remarques

Personnes vivant dans le foyer du patient :

Prénom	Nom	Lien de parenté

Observations, recommandations :

- Visites autorisées ou chez qui le Jeune Patient peut se rendre – précisez si ces personnes sont autorisées à transporter votre enfant dans leur véhicule :

Nom	Prénom	Date naissance	Lien de parenté	Visite autorisée OUI/NON	Hébergement autorisé OUI/NON	Transport autorisé OUI/NON

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Couverture sociale :

Nom/Prénom de l'assuré :
N° sécurité sociale :
Adresse CPAM ou autres caisses d'affiliation Maladie :
Nom de la mutuelle : Adresse mutuelle :
Nom adhérent : N° Adhérent :

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

CONTEXTE SOCIAL DE L'HABITAT

Type de logement : Maison ☐ Appartement ☐ Autres ☐
Nombre d'occupants dans le logement : _____Nombres de chambres :
Ville ☐ Village ☐ Isolé ☐ Périurbain(e) ☐

LOISIRS SOCIO-CULTURELS

Pratiques-tu des loisirs : Régulièrement ☐ Occasionnellement ☐ Jamais ☐

Es-tu inscrit dans : :
Une maison des Jeunes et de la Culture ☐
Une association culturelle ☐ Sportive ☐ Autres ☐
Foyer socio-éducatif de l'établissement scolaire ☐
S'il y a inscription, quels sont les ateliers, les loisirs pratiqués :
_____
_____
_____

Pratiques-tu des activités, hors inscription, telles que :
Sorties cinéma, théâtre/spectacles, concert, randonnées, pêche, shopping, musée, ballade, lecture, photo etc. seul (e), en groupe.

Liste	Avec qui	Seul

VACANCES SCOLAIRES

Le patient part-il en vacances : oui ☐ non ☐
Avec sa famille oui ☐ non ☐
Dans sa famille oui ☐ non ☐
Colonies de vacances oui ☐ non ☐
Centre de loisirs oui ☐ non ☐
Avec des amis oui ☐ non ☐
Autres :
_____
_____
_____

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

TROUSSEAU RECOMMANDE

(ATTENTION : veiller à la quantité nécessaire de vêtements pour 15 jours)

Marquage des vêtements OBLIGATOIRE (Nom/prénom)

Quantité	***Vêtements***	Pointage
15	Sous-vêtements (culottes/slips/caleçons)	
15	Paires de chaussettes *(dont 6 paires pour le sport)*	
10	Soutien-gorge / brassières *(dont 4 pour le sport)*	
15	T-shirt manches courtes ou longues *(dont 5 pour le sport)*	
8	Pull / sweat-shirt *(dont 3 pour le sport)*	
10	Pantalons / jupe / leggins / Shorts …	
2	Veste ou manteau	
3	Pyjamas	
2	Robe de chambre ou vêtement d'intérieur pour le soir	
1	Tenue « habillée » (boom de fin de séjour !)	
	Chaussures	
2	Paire de chaussures d'été	
1	Paire de chaussures de sport avec amorti talon	
1	Vieille paire de chaussures de sport (qui ne craignent pas d'être salies et mouillées)	
1	Paire de pantoufles ou tong	
	Nécessaire de toilette	
1	Brosse à dents, dentifrice et verre à brosse à dents	
4	Serviettes de toilette (2 petites + 2 grandes)	
2	Shampoing	
2	Gel douche	
1	Déodorant à bille (*les aérosols ne sont pas autorisés*)	
lot	Protections périodiques	
	Matériel de sport	
1	Gourde (métallique si possible et marquée des initiales du patient)	
1	Veste coupe-vent et imperméable	
2	Casquette	
1	Paire de lunettes de soleil	
1	Sac à dos	
2	Maillot de bain	
1	bonnet de bain	
2	Serviette de bain	
	Matériel divers	
1	Cadenas (pour fermer l'armoire à clef)	
1 G .Format	Crème solaire haute protection (indice 50 minimum)	
	Matériel scolaire	
1	Trousse avec : stylos, crayons à papier, gomme, crayons de couleurs.	
	Vêtements spécifiques aux saisons automne - hiver	
1	Combinaison ou pantalon de ski	
1	Anorak	
1	Lunettes de ski	
1	1 paire de gants de ski	
8	Pulls chaud	

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

ENTRETIEN DU LINGE PERSONNEL DES PATIENTS DURANT LES SEJOURS SUPERIEUR A 15 JOURS

Madame, Monsieur,

Votre enfant :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

va intégrer un séjour thérapeutique à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale de Capvern les Bains.

Souhaitez-vous que notre établissement prenne en charge l'entretien de son linge personnel durant la période d'hospitalisation (1 lessive semaine) ?

□ OUI □ NON

Si OUI, nous vous prions de bien vouloir nous transmettre un chèque de 24€ chaque début de mois pour les frais de blanchisserie.
Dans la négative, nous vous prions de bien vouloir veiller à la quantité suffisante de son linge personnel et assurer l'entretien du linge lors des retours au domicile.

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Maison d'Enfants Diététique et Thermale	**AUTORISATION DROIT à l'IMAGE**	Page : 7/11 **N° 2- 2502** **Chapitre 2 / dossier 5** **Date :**Janvier 2023 (revu 08/09/23)
Créateur : RAQ	Validation : Direction + CDU	Destinataire (s) : dossier du patient

Autorisation de publication des photos et vidéos concernant :

LE PATIENT :

NOM : …….

PRENOM : ……..

DATE DE NAISSANCE : ……..

NUMERO DE GROUPE : …….

DATE DU SEJOUR: Du : …….. Au :……

LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM : …….

PRENOM : ……..

Autorise la Maison d'Enfants Diététique et Thermale à publier en interne les photographies et vidéos me représentant ou représentant mon enfant :

- Dossier Patient au format numérique via le logiciel OSIRIS (dans le cadre de l'identitovigilance)
- Prises dans l'établissement (trombinoscope, ateliers, activités, soirées…)
- À l'occasion de sorties organisées par la MEDT (activités sportives, culturelles, éducatives…)

Lecture faite et donne accord concernant les implications de se consentement.

Fait à : …… Date : …….

Signature des représentants légaux (si patient mineur) Signature du patient (si majeur)

1 exemplaire dans DPI

Maison d'Enfants Diététique et Thermale	**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU REGIME ALIMENTAIRE PROPOSE A LA MEDT**	Page : 8/11 **N° 2-2404** **Chapitre 2 / dossier 4** Date : Janvier 2023
Créateur RAQ	Validation : CDU + Direction	Destinataire (s) : tous les professionnels

FICHE DE PREADMISSION - VOLET DIETETIQUE

La Maison d'Enfantas Diététique et Thermale propose une alimentation selon les principes de l'équilibre établi par le Plan National Nutrition et Santé 4, énoncés ci-dessous :

1.Le rythme des repas :

L'établissement propose un rythme de 4 repas par jour : Petit déjeuner, Déjeuner, Goûter, Dîner

2- La structure des repas :

Chaque menu sera structuré selon les règles de l'équilibre alimentaire en fonction du type de repas.

Pour le déjeuner et diner : une Entrée, un plat principal complet (une portion de Viande, Poisson ou Œuf associé à une portion de féculent et/ou légumes) et un dessert (fruit et/ou laitage selon répartition dans la journée)

Chaque patient dans le cadre de son projet de soin sera dans l'obligation de consommer tous les repas dans leur intégralité et toutes les composantes du menu.

Les aliments non fournis par la MEDT sont interdits à l'intérieur de l'établissement tant pour des questions de respect du programme de soin que pour des raisons d'hygiène alimentaire en collectivité.

3- La gestion des quantités d'aliments:

Suite à la prescription du médecin, dès le début du séjour, **une répartition individualisée**, adapté à vos besoins et au programme de soin, est proposée par le diététicien fixant les quantités de chaque composante du repas.

Votre programme nutritionnel fait partie intégrante de la prise en charge de soins. Le diététicien évaluera avec vous les modalités d'une l'alimentation adaptée à vos besoins physiologiques, attentes, mais aussi à votre projet de perte de corpulence. Le projet nutritionnel est réévalué régulièrement en fonction de votre courbe de poids.

4- Le temps du repas :

Chaque patient dispose de 30 minutes minimum dans l'objectif de pouvoir consommer son repas, gérer ses quantités et apprendre à repérer les sensations alimentaires de faim et de satiété.

5- Les adaptations, les allergies et régimes spéciaux :

- **Les adaptations :**

En fonction **des goûts de chacun**, il sera possible de réaliser **3 réintroductions progressives**. Elles ont pour but, de prendre en compte les aversions de chacun et aussi d'aider le patient à introduire plus de diversité

dans son assiette en les dépassant. Les aliments en question pourront ne pas être consommer de manière intégrale mais **le patient sera dans l'obligation de goûter les aliments selon la quantité évaluée avec la diététicienne.**

En cas d'aversion importante, le remplacement pourra être proposé pour un aliment « Joker » sous réserve d'une validation médicale.

- **Les allergies et intolérances :**

Les allergies alimentaires et intolérances seront prises en compte sous justificatif médical. Un remplacement sera réalisé.

- **Les régimes spéciaux :**

Les régimes de convictions religieuses ou culturelles, ne sont pas possibles durant la prise en charge thérapeutique afin de respecter la diversité alimentaire et dans le respect de la laïcité.

Seul le régime sans porc sera possible.

Le choix institutionnel d'une qualité nutritionnelle :

Les **produits locaux de qualité**, choisis en fonction des saisons, notamment pour les fruits et légumes, sont privilégiés par notre service « Restauration », tant pour la création des menus que pour dans le souci de l'équilibre nutritionnel des jeunes patients.

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Maison d'Enfants Diététique et Thermale	**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU REGIME ALIMENTAIRE PROPOSE A LA MEDT**	Page : 10/11 **N° 2-2404** **Chapitre 2 / dossier 4** Date : Janvier 2023
Créateur RAQ	Validation : CDU + Direction	Destinataire (s) : tous les professionnels

Je soussigné (e),
Nom, Prénom du père……

Nom, prénom de la mère……..

Nom, prénom du tuteur (si besoin) ……

Déclare avoir pris connaissance des informations et conditions de prise en charge alimentaire proposée par la Maison d'Enfant Diététique et Thermale remisent dans le dossier de demande d'admission et dont bénéficiera mon enfant dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique.

Le Patient :
Nom, prénom :……

Date de naissance :……..

Séjour du …… Au ……..

Le Père	La Mère	Le Tuteur (si besoin)	Le Patient
Date le :	**Date le:**	**Date le:**	**Date le:**
Signature : A faire précéder de la mention *« Lu et approuvé »*	**Signature :** A faire précéder de la mention *« Lu et approuvé »*	**Signature :** A faire précéder de la mention *« Lu et approuvé »*	**Signature :** A faire précéder de la mention *« Lu et approuvé »*

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

FICHE DE PREADMISSION – VOLET ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

NOM et Prénom du Patient : _____

Date de naissance :

En règle générale, combien d'heures par semaine participes-tu à des activités sportives (sans compter le temps passé à marcher ni le temps passé en cours d'éducation physique et sportive (EPS) :

- au cours de l'année précédente ? h/semaine
- au cours de la semaine précédente ? h/semaine

Participes-tu à des cours d'EPS :

- au collège ? oui → h/semaine Non ☐
- au lycée ? oui → h/semaine Non ☐

Participes-tu à l'UNSS :

Oui ☐ Quelle activité ? _____

Non ☐

Pendant une semaine type, combien d'heures passes-tu par jour à :

	1 jour de classe	mercredi	samedi et/ ou dimanche
- regarder la TV :	h/jour	h/jour	h/jour
- jouer à des jeux vidéo :	h/jour	h/jour	h/jour
- lire :	h/jour	h/jour	h/jour
- écouter de la musique :	h/jour	h/jour	h/jour
- surfer sur internet :	h/jour	h/jour	h/jour
- dormir	h/jour	h/jour	h/jour
- faire la sieste	h/jour	h/jour	h/jour
- se déplacer à pied, vélo, autres	h/jour	h/jour	h/jour

As-tu eu des blessures de type :

- entorse genou : droit année ------- gauche année : -------
- entorse cheville : droite année ------- gauche année : -------
- fracture : la ou lesquelles : _____ année : ----------
- autres : _____

As-tu été immobilisé au lit ou chez toi pendant plus de quinze jours ?

- oui ☐ Combien de fois ? _____ - non ☐

Motif :

Coche dans le tableau suivant les activités que tu as effectuées plus de dix fois au cours de l'année précédente (sans compter le temps passé dans les cours d'EPS du collège ou du lycée) :

Bicyclette (promenade)	Football	Danse	Karaté	Judo
VTT (chemin)	Handball	Gymnastique	Cardio-training : rameur	Equitation
Nage (longueurs)	Rugby	Badminton	Tapis de course	Aérobic
Nage (amusement)	Volley	Tennis	Skateboard	Jardinage
Courir (jogging)	Marche	Tennis de table	Ski de fond/piste	Randonnée
				Autres :

Inscris ici les activités que tu as cochées ci-dessus et estime le temps que tu as passé dans chacune de ces disciplines au cours de l'année précédente :

Activités →					
Nombre de mois/an					
Nombre de fois/mois					
Nombre d'heures/séance					

Est-ce que tu penses être : peu actif ☐ moyennement actif ☐ très actif ☐

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

FICHE DE PREADMISSION VOLET PARAMEDICAL

NOM et Prénom du patient:

Date de naissance

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Date de naissance du **Père**, Poids et Taille actuels, Poids maximal atteint au cours de la vie :

____/____/____ P : _____ T : _____ Poids maximal atteint : _____

Le **Père** a-t-il déjà suivi un régime alimentaire ? Une chirurgie bariatrique (de l'estomac) ? Précisez :

Date de naissance de la **Mère**, Poids et Taille actuels, Poids maximal atteint au cours de la vie en dehors des périodes de grossesse et périnatale :

____/____/____ P : _____ T : _____ Poids maximal atteint : _____

La **Mère** a-t-elle déjà suivi un régime alimentaire ? Une chirurgie bariatrique ? Précisez :

Date de naissance du/des **frère(s),** Poids et Taille actuels :

_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____

Un **frère** a-t-il déjà suivi un régime alimentaire ? Précisez:

Date de naissance de la/des **soeur(s)**, Poids et Taille actuels :

_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____
_____ /_____ /_____ P : _____ T : _____

Une **sœur** a-t-elle déjà suivi un régime alimentaire ? Précisez :

Y a-t-il un lien de **parenté** entre le père et la mère du patient (contribue à la recherche sur les causes rares d'obésité génétique à transmission récessive) ? :

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Est-ce que le grand-père, la grand-mère, les oncle(s), tante(s) **du Jeune Patient** ont présenté une **obésité** ?

❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ? *Pour les oncles et tantes concernés, **précisez le nombre**.*

❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle
❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté un diabète ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté un **infarctus** ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté un **accident vasculaire cérébral** ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté une **dyslipidémie** (c'est-à-dire un excès de cholestérol ou de triglycérides) **?**

❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ? *Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté une **hypertension artérielle ?** ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté un **cancer du sein ?** ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Est-ce que le père, la mère, les frère(s) ou sœur(s), grands-parents, oncle(s), tante(s), du Jeune Patient ont présenté un **cancer du côlon ?** ❑ Oui ❑ Non Si oui, qui est-ce ?

*Pour les oncles et tantes concernés **précisez le nombre**.*

❑ Père ❑ Grand-père paternel ❑ Grand-mère paternelle ❑ Frère(s) ❑ Sœur(s)
❑ Oncle(s) paternel(s) ❑ Tante(s) paternelle(s)

❑ Mère ❑ Grand-père maternel ❑ Grand-mère maternelle
❑ Oncle(s) maternel(s) ❑ Tante(s) maternelle(s)

Y a-t-il d'autres antécédents familiaux significatifs ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

ANTECEDENTS PERSONNELS DU JEUNE PATIENT (à compléter à l'aide du carnet de santé)

Antécédents Néonataux :

Naissance à _____ semaines de grossesse.

Taille de naissance (cm) : _____

Poids de naissance (kg) : _____

Evènements périnataux ? _____

_____

_____

Histoire diététique :

Allaitement ❑ Oui Durée (mois) : _____

❑ Non

Age d'introduction des protéines (mois) : _____

Troubles alimentaires :

❑ Anorexie
❑ Reflux Gastro-Oesophagien
❑ Intolérance lait de vache Age de réintroduction : _____

❑ Autres troubles ayant nécessité la mobilisation parentale, précisez :

_____

_____

_____

_____

_____

Vaccinations (précisez les dernières dates) :

BCG : _____ Cuti-réaction : _____ positive ou négative

DTCP : _____ ROR : _____
(Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite) (Rougeole Oreillons Rubéole)

Hépatite B : _____

Autres : _____

_____

Temps de sommeil habituel par nuit _____ heures.

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Antécédents Personnels Médicaux et Chirurgicaux

Les maladies et particulièrement l'asthme, les maladies du système nerveux, les allergies, les antécédents d'effets indésirables médicamenteux, les problèmes ostéo-articulaires, les rééducations, les interventions chirurgicales, l'usage du tabac (nombre de cigarettes par jour)

Type et Dates	Age

Les traitements : corticoïde, neuroleptique, anti-épileptique, antihistaminique tel que kétotifène, etc.

Nom du médicament	Posologie	Date de l'ordonnance (à joindre)

Antécédent de Transfusion Sanguine : ❑OUI ❑NON

Si OUI, référence du suivi post-transfusionnel :

_____

_____

_____

Port de lunettes, appareil dentaire, semelles orthopédiques, appareil acoustique, etc.
Donner les précisions nécessaires pour que le port de l'appareil soit surveillé.

_____

_____

_____

_____

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Le jeune patient bénéficie-t-il d'un dispositif MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) **: ❑Oui ❑Non**

Prise en charge spécifique : ❑Oui ❑Non

Précisez (présente ou passée) ; exemple : séjour en établissement médical diététique, thermal, ou de rééducation fonctionnelle, mesure d'assistance éducative, soutien médico-psychologique, orthophonie, psychomotricité, hébergement en structure spécialisée (ITEP, IME, IMPRO, SESSAD, MECS) :

Types	Dates	Nom et Coordonnées de la structure	Nom et Fonction du professionnel référent
Exemple : IME	De janvier A Septembre 2010	Centre Jean-Marie LARRIEU Quartier Saint Paul 65 710 CAMPAN	Monsieur X Educateur Spécialisé

Quel projet est envisagé après le séjour en SMR (Projet se soins, scolaire, social, démarches en cours, etc…) :

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Données pondérales concernant le Jeune Patient :

Joindre la photocopie de **l'intégralité** du Carnet de Santé : page de la naissance et toutes les pages comportant des données manuscrites, courbes de croissance staturale et pondérale et de l'indice de masse corporelle (IMC), photocopie des hospitalisations, des vaccinations, des divers comptes rendus médicaux.

A quel âge situez-vous l'apparition de la surcharge pondérale ? : _____

Est-elle apparue dans un contexte particulier ?

_____

_____

_____

Qui a pris la décision d'entreprendre une prise en charge à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale ?

❑Les Parents ❑Le Jeune Patient ❑Ensemble Autre : _____

Pourquoi maintenant ?

_____

_____

_____

_____

_____

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

FICHE DE CORRESPONDANTS DU PARCOURS DE SOINS

NOM et Prénom du Patient : _____
Date de naissance :

Partenaires inscrits dans le Parcours du Patient avant son hospitalisation :

NOM, Prénom et Coordonnées	**Autorisation du Patient et de sa famille à communiquer le courrier de fin d'hospitalisation et les synthèses de période**
Médecin Traitant :	☐ **OUI** ☐ **NON**
Autres médecins (Psychiatre, Endocrinologue, Pédiatre, etc.) **:**	**Précisez pour chaque professionnel :** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON**
Autres professionnels du Parcours de Soins : (Psychologue, Diététicien, Educateur, Assistant de Service Social, etc.)	**Précisez pour chaque professionnel :** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **OUI** ☐ **NON**

Fait le : _____

Nom, prénom père :	**Nom, prénom mère :**	**Nom, prénom patient :**
----------	----------	----------
Signature père	**Signature mère**	**Signature patient**

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

ACCES AU DOSSIER MEDICAL

En application de l'Article R-710-5-7 du Code de la Santé Publique, les données concernant le jeune patient font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la Loi du 6 janvier 1978.

Le Jeune Patient peut exercer son droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Coordonnateur.

Depuis la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, le Jeune Patient peut avoir accès à son dossier (administratif ou médical) directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Le Jeune Patient doit en faire la demande écrite adressée au Médecin Coordonnateur de l'établissement. Sa lettre doit être explicite, signée et accompagnée de la copie d'une pièce d'identité officielle.

Il existe deux modalités possibles de communication de ces informations :

- **Soit en consultation sur place du dossier médical, avec remise éventuelle de copie de document à la demande du patient en présence du Médecin Coordonnateur et d'un tiers à la demande du patient ;**
- **Soit par l'envoi postal de copie du document.**

La consultation est gratuite, la remise de copies de pièces du dossier et/ou leur envoi au patient sont payants.

Le Jeune Patient peut contacter le Médecin Coordonnateur en cas de contestation ou de réclamation.

Il a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant dans les conditions fixées à l'Article 26 de la Loi du 6 janvier 1978.

En cas de litiges, le jeune patient peut saisir la Commission Des Usagers (CDU).

Conformément au décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel, le dossier médical constitué dans l'établissement doit être conservé 20 ans à compter du dernier séjour ou de la dernière consultation du patient.

Le : _____

Nom, prénom père :	**Nom, prénom mère :**	**Nom, prénom patient :**
----------	----------	----------
Signature père	**Signature mère**	**Signature patient**

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Maison d'Enfants Diététique et Thermale	**Continuité du traitement médicamenteux en permission ou sortie d'hospitalisation**		Page : 10/12 **N° 1-3B102** **Chapitre 1 /Dossier 3B** Date :Février 2023
Créateur : Cadre de santé	Vérificateur : Dr C.MAIGNAN	Approbateur : CME	Destinataire (s) : Service de soins

Durant l'hospitalisation, un traitement médicamenteux peut être prescrit à votre enfant. Le cas échéant le service de soins vous contactera pour vous en informer. Lors des sorties week-end, à domicile, afin d'assurer la continuité des soins, **il peut être remis à votre enfant, en l'absence d'un représentant légal avec votre accord écrit préalablement signé**:

- La prescription médicale ;
- La quantité de médicament nécessaire pour une période de 2 jours ;
- Un document de réception de traitements et d'administration de ceux-ci à votre enfant.

Cas particulier : Certains traitements ne peuvent être remis à un mineur.
Dans ce cas une ordonnance peut être remise au patient avec la mention *« ne délivrer qu'en présence d'un représentant légal »*
…….

AUTORISATION

Je soussigné, nom, prénom du responsable légal, …….

Responsable du patient, nom, prénom, date de naissance …….
……

Autorise le service Infirmier de la MEDT à remettre à mon enfant, en l'absence d'un représentant légal,

☐ les traitements nécessaires pour la permission ou pour une période de 2 jours et dégage l'établissement de toute responsabilité.

☐ Une ordonnance portant la mention *« ne délivrer qu'en présence d'un représentant légal »*

☐Une ordonnance de poursuite de traitement

Date et Signature :

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Maison d'Enfants Diététique et Thermale	**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE**	Page : 11/12 **N° 2-2402** **Chapitre 2 / dossier 4** Date : Janvier 2023
Créateur RAQ	Validation : CDU + Direction	Destinataire (s) : tous les professionnels

Capvern les bains le : ……

Le Docteur …… et son équipe, m'ont proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé :

« Education thérapeutique à la prise en charge d l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ».

J'ai reçu une notice d'information précisant toutes les modalités de déroulement de ce programme.

J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme.

- Je peux si je le désire interrompre ma participation sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins dont je peux bénéficier.
- Ma participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge médicale de ma maladie.

Mon consentement ne décharge pas l'équipe qui organise et anime ce programme de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

<u>En participant à ce programme :</u>

- J'accepte que ces informations soient partagées au sein de l'équipe multidisciplinaire et avec le médecin traitant, sauf mention spécifique de ma part.
- J'accepte que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées de façon anonyme pour des études de recherche.

- Les responsables de ce programme me garantissent qu'aucune information ne sera divulguée à d'autres personnes sans mon accord.

- Je peux à tout moment avoir accès à mon dossier et aux données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme conformément aux dispositions légales en vigueur.

Nom, Prénom du patient :

Date de naissance du patient :

Date du séjour : Du …… Au…….

Signature des représentants légaux :	**Signature du patient :**	**Signature du médecin MEDT:**
Nom /Prénom du père : Signature :		
Nom/prénom de la mère : Signature :		

A COMPLETER PAR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

AUTORISATION DE SOINS

Madame _____, en qualité de Mère □ ou autre responsable légal □

Monsieur _____, en qualité de Père □ ou autre responsable légal □

détenteur(s) de l'autorité parentale pour le jeune Patient :

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Hospitalisé(e) à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale – 65130 CAPVERN LES BAINS

Séjour du au

Autorisons le transfert aux urgences hospitalières rendus nécessaire par l'état de santé du (de la) mineur(e) ci-dessus nommé(e). La MEDT vous informera immédiatement de cette hospitalisation.

A : _____ Le : _____

Signature du Père Signature de la Mère ou Signature du Tuteur

NB : Signature obligatoire des deux parents : toute personne ayant l'autorité parentale sur le Jeune Patient. Si les parents sont séparés, un exemplaire de ce formulaire sera envoyé à chaque représentant légal.

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

FICHE DE PREADMISSION VOLET MEDICAL

Le médecin que vous désignez sera destinataire de tous les compte-rendu pendant le séjour de votre enfant, afin qu'il puisse suivre et contribuer à l'évolution du traitement. Pour jouer pleinement son rôle pendant un éventuel séjour sur l'année scolaire, il rencontrera votre enfant à l'occasion de ses retours à votre domicile, essentiellement lors des vacances d'Automne, de Noël, d'Hiver et de Printemps, et nous transmettra à chaque fois son observation clinique. Le séjour terminé, il pourra assurer un suivi périodique du jeune patient.
Il est habilité par vous à prendre des renseignements médicaux concernant votre enfant auprès du médecin coordonnateur de la Maison d'Enfants Diététique et Thermale.

Docteur et chèr (e) consœur, confrère, Docteur :
_____

Vous souhaitez nous confier le (la) jeune patient :
Nom, prénom, date de naissance :----------

Dont l'état de santé nécessite une prise en charge temporaire à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale.

Pour bien prendre en compte les indications et assurer la continuité de vos soins, nous vous prions de bien vouloir indiquer la conclusion de l'examen médical, vos objectifs et les résultats des examens complémentaires éventuels.

Motif de la demande de prise en charge en établissement Soins de Suites et de Réadaptation Spécialisé (SSR) par le médecin prescripteur

_____

_____

_____

_____

_____

Autonomie et charge en soins					
• Comportement	☐Adapté	☐Renfermé	☐Agité	☐Tendance à crier	
• Communication	☐Adapté	☐Troubles langage	☐Cécité	☐Surdité	☐Appareillage
• Orientation	☐Orienté	☐Désorienté	☐Déambulant	☐Fugueur	
• Toilette/Habillage	☐Autonome	☐Aide partielle	☐Aide totale		
• Prise des repas	☐Autonome	☐Aide partielle	☐Aide totale		
• Elimination urine	☐Continent	☐Incontinent	☐Sonde urinaire	☐Stomie	
• Elimination Fécale	☐Continent	☐Incontinent	☐Stomie		
• Mobilité/transfert	☐Valide	☐Avec aide	☐Aide totale	☐Fauteuil roulant	☐Canne, déambulateur
• Alimentation	☐Normale	☐Régime:…… ☐Texture:…...……..			☐Par sonde
• Respiration	☐Autonome	☐Dyspnée	☐Oxygène	☐Trachéotomie	☐Appareil d'aide respiratoire

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Examen clinique initial :

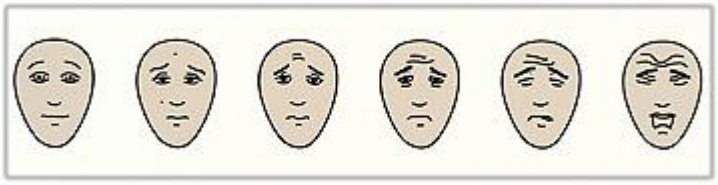
Poids : _____ kg Taille : _____ m IMC : _____ kg/m2

Groupe Rhésus : _____ Tension Artérielle : _____ Pouls : _____

Tour de taille en expiration (pris sous le nombril) : _____

Tour de taille/Taille : _____ (si supérieur à 0.5, présence d'un excès de graisse abdominale)

Evaluation de la souffrance en lien avec son obésité :



0 2 4 6 8 10

Recherche d'une cause endocrinienne : ralentissement de la croissance staturale ?

_____

_____ TSH : _____

Recherche d'une obésité syndromique : retard mental, retard statural et pubertaire, dysmorphie ?

_____

_____

Stades pubertaires

Pilosité	❑ 1	Seins	❑ 1	Testicules	❑ 1
	❑ 2		❑ 2		❑ 2
	❑ 3		❑ 3		❑ 3
	❑ 4		❑ 4		❑ 4
	❑ Adulte		❑ Adulte		❑ Adulte

❑ Réglée Date des 1ère règles : ……

Age d'apparition des caractères sexuels secondaires chez la fille : ……

Date des 1ères règles de la mère : ……..

❑ Hyperphagie ❑Grignotage ❑Compulsions alimentaires ❑Conduites restrictives

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Recherche d'une complication de l'obésité :

1 - <u>Trouble du métabolisme du glucose</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Insulinorésistance : *Acanthosis Nigricans* _____

❑Dysglycémie : *<u>Glycémie à jeun > à 6 mmol/L (1.10g/L)</u>* _____

❑Intolérance au Glucose :
<u>Glycémie à jeun < à 7 mmol/L (1.26 g/L)</u> et <u>G à T120 > à 7.8 mmol/L (1.40 g/L)</u> et <u>< à 11.1 mmol/L (2.0 g/L)</u>

_____

❑Diabète : *<u>Glycémie à jeun > à 7 mmol/L (1.26 g/L)</u> ou <u>G à T120 > à 11.1 (2.0 g/L)</u>* _____

2 – <u>Dyslipidémie</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Hypo-HDL-cholestérolémie ❑Hypertriglycéridémie ❑Hypercholestérolémie

3 - <u>Hypertension artérielle</u> : enfant allongé depuis au moins dix minutes ☐ **OUI** ☐ **NON**

4 - <u>Conséquences endocriniennes</u> : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Axe somatotrope : accélération de la croissance staturale _____

Axe gonadotrope chez la fille :

❑Puberté avancée _____

❑ Troubles menstruels → ❑Spanioménorrhée, ❑Métrorragies, ❑Dysménorrhée

❑Syndrome des ovaires polykystiques : oligoménorrhée/aménorrhée – hirsutisme, acné, séborrhée – acanthosis nigricans

_____

_____

Axe gonadotrope chez le garçon

❑Verge enfouie

❑Adipogynécomastie ou gynécomastie

❑Autres : _____

_____

5 - <u>Complications hépatobiliaires</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Stéatose hépatique : transaminases 1.5 à 2 fois la normale ❑Lithiase biliaire

6 - <u>Complications respiratoires</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Asthme : toux à l'effort ou après l'effort
❑Syndrome d'apnées du sommeil : somnolence diurne, cauchemars ou agitation nocturne, réveils nocturnes fréquents, énurésie, céphalées matinales, ronflements nocturnes importants avec reprises inspiratoires

bruyantes, difficultés scolaires, score supérieur à 10 du questionnaire de « somnol – enfance » (écarter une hypertrophie amygdalienne ou des végétations adénoïdes).

_____

_____

7 - <u>Complications orthopédiques</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Genu valgum bilatéral ❑Genu valgum unilatéral ou asymétrique

❑Maladie d'Osgood-Schlatter : apophysite de la tubérosité tibiale antérieure

❑Maladie de Sever : Apophysite calcanéenne postérieure à l'insertion du Tendon d'Achille

❑Epiphysiolyse de la tête fémorale : boiterie, douleur de la hanche ou du genou, démarche en rotation externe, limitation de la rotation interne en décubitus dorsal

_____

_____

❑Tibia vara (déviation de la jambe en dedans)

❑Troubles de la statique vertébrale

_____

_____

❑Autres troubles articulaires :

_____

_____

8 - <u>Complications cutanées</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Vergetures _____

❑Hirsutisme _____

❑Hypersudation et mycose des plis _____

❑9 - <u>Caries dentaires</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑10 - <u>Conséquences psychosociales</u>

_____

_____

_____

11- <u>Hypertension intracrânienne</u> (pseudotumor cerebri) : céphalées matinales ou nocturnes, vomissements, troubles visuels (diplopie, éclipses visuelles). ☐ **OUI** ☐ **NON**

Précisez : _____

12 - <u>Glomérulosclérose segmentaire et focale</u> ☐ **OUI** ☐ **NON**

❑Protéinurie

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Imprimés à renvoyer à l'établissement dans l'enveloppe fournie et tamponnée « Secret Médical »

Conclusions de l'examen clinique :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IMPORTANT : 6 mois et 18 mois après un séjour sur l'année scolaire, nous vous adresserons, par l'intermédiaire de votre jeune patient, une fiche d'évaluation que vous voudrez bien me retourner avec le Poids et la Taille validées par vous et vos observations sur l'évolution clinique.

Fait le : _____ /_____ /_____

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopie : _____

E-mail : _____

Cachet Signature

ASSURANCE MALADIE

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINS

VOLET N°1
destiné au
Médecin-Conseil
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION (1)

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu, du nom de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

☐ ACTIVITÉ SALARIÉE ☐ ACTIVITÉ NON SALARIÉE ☐ PENSIONNÉ(E)

☐ SANS EMPLOI ▶ Date de cessation d'activité :

☐ AUTRE CAS ▶ Lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu, du nom de l'époux)

DATE DE NAISSANCE :

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre membre de la famille
☐ Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ☐ OUI ☐ NON

S'agit-il d'un ACCIDENT ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de cet accident :

Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 441-1 du Code pénal)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

NOM et ADRESSE de l'ÉTABLISSEMENT

Catégorie :

AVIS SUR LE PLACEMENT ☐ DÉFAVORABLE ☐ FAVORABLE, pour une durée de :

CONTRE-INDICATIONS :

EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR ☐ article L. 324-1 ☐ article L. 322-3,3° ☐ article L. 322-3,4°

EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER ☐ OUI ☐ NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

BARLERIN - UCANSS - Edition 06/2016

CNAMTS 619-1-86

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.

dans l'établissement ou le service suivant :

, pour une durée de :

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou supérieur à 50 ☐ OUI ☐ NON Dat de l'intervention :

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires, traitement médical et chirurgical) : *plier ici*

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à