

Chanay, le 25 juillet 2024

Objet : Demande d'admission

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-joint un dossier d'admission au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation pour Adolescents de Chanay, se composant en deux parties :

- Une partie administrative à renseigner par la famille ou tuteur légal de l'enfant
- Une partie médicale à renseigner par un médecin et la famille ou tuteur légal.

Nous vous remercions de :

- Prendre contact avec votre **médecin, spécialiste** ou **généraliste**, pour renseigner la partie médicale.
- Compléter la fiche de renseignements ci-jointe en la signant aux endroits indiqués et le paragraphe concernant les parents sur la partie médicale,
- Nous retourner l'ensemble des documents, dûment remplis, dans les meilleurs délais, à l'attention du secrétariat médical.

Il est rappelé que les documents doivent être signés par l'ensemble des détenteurs de l'autorité parentale.

Après examen de ce dossier, s'il est retenu, nous vous contacterons pour fixer une date de visite de préadmission avec un Médecin de l'établissement. Dans le cas contraire, un courrier de refus vous sera adressé.

Nous restons à votre disposition pour toutes précisions utiles.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

Circuit de l'admission

A la réception de ce présent dossier de demande d'admission (partie administrative et médicale complète), il sera étudié.

Si le dossier n'est pas retenu, un courrier sera adressé à la famille et au médecin adresseur.

Si le dossier est retenu, une proposition de rendez-vous en visite de préadmission VPA sera organisé par le secrétariat médical.

La VPA comprend une consultation médicale avec le patient et sa famille (ou responsable légal), et une visite de l'unité de soins.

- A l'issue de cette rencontre :
 - Soit l'accord pour une admission est convenue et le secrétariat médical contactera la famille ou tuteur légal pour convenir d'une date. Les admissions se font du lundi au jeudi. **L'accord des deux parents ayant l'autorité parentale est nécessaire pour admettre l'enfant.**
 - Soit une deuxième VPA est nécessaire pour un délai de réflexion ou compléments d'informations.

Le médecin adresseur ou traitant est considéré comme le référent médical du patient.

Il peut à tout moment prendre des nouvelles de son patient et recevra, en fin de séjour, une lettre de liaison indiquant les modalités du suivi extérieur.

Ce dossier de demande d'admission doit être adressé, dûment rempli, au Secrétariat Médical, 7 rue du château 01420 CHANAY.

Pour tous renseignements complémentaires :

Secrétariat médical : ETA523-secretariatmedical@mgen.fr

☎ 04.50.56.80.09

Fax : 04.50.56.80.65

☎ 04.50.56.80.13

Point spécifique :

Au cours de l'hospitalisation et sous réserve de l'avis favorable du médecin, des permissions de 48h pourront être organisées toutes les trois semaines du vendredi 18h au dimanche 18h. Les rendez-vous médicaux extérieurs (dentiste, orthodontiste, etc..) seront à programmer pendant ce retour à domicile. Exceptionnellement et sur demande écrite, si un rendez-vous devait être un lundi, la permission serait décalée du samedi 18h au lundi 18h.

Fiche de renseignements**Patient**

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Dpt : _____ Lieu :

Sexe : M F Nationalité :

Situation familiale entre les 2 parents de l'enfant :

 union libre marié séparé divorcé Veuf autre :En cas de divorce/séparation, joindre obligatoirement les copies des jugementsAutorité parentale : père et mère père seul mère seuleLieu de résidence du patient : chez les parents chez le père chez la mère Autre (préciser nom, prénom, lien de parenté, adresse et téléphone) :

.....

Si l'enfant est confié à un tiers ou à un service gardien, joindre la copie de l'ordonnance judiciaire.Précédent séjour dans l'établissement : oui non**Photo obligatoire****Parenté****MERE (à compléter obligatoirement)**

Nom usuel :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Nationalité :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

C.P : Ville :

☎ domicile :

...../...../...../...../.....

☎ portable :

...../...../...../...../.....

Courriel@ :

Profession :

☎ professionnel/...../...../...../.....

Situation familiale actuelle :

 union libre marié séparé divorcé autre :

Numéro S.S. :

Personne à contacter en cas d'absence de la mère (nom,

adresse, tél.) :

.....

PERE (à compléter obligatoirement)

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Nationalité :

.....

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

C.P : Ville :

☎ domicile :

...../...../...../...../.....

☎ portable :

...../...../...../...../.....

Courriel@ :

Profession :

☎ professionnel/...../...../...../.....

Situation familiale actuelle :

 union libre marié séparé divorcé autre :

Numéro S.S.

Personne à contacter en cas d'absence du père (nom, adresse,

tél.) :

.....

Coordonnées médicales

Médecin adresseur

Dr :
Prénom :
Adresse :
C.P : Ville :
☎ :/...../...../...../.....
Courriel@ :

Médecin traitant

Dr :
Prénom :
Adresse :
C.P : Ville :
☎ :/...../...../...../.....
Courriel@ :

Renseignements sociaux

Assistant de service sociale

Mr ☐ Mme ☐ :
Prénom :
Adresse de la structure :
C.P : Ville :
☎ :/...../...../...../.....
Courriel@ :

Educateur référent

Mr ☐ Mme ☐ :
Prénom :
Adresse :
C.P : Ville :
☎ domicile :/...../...../...../.....
Courriel@ :

Le patient bénéficie-t-il d'une : ☐ Mesure éducative : ☐ Mesure judiciaire : ☐ Placement : fournir l'ordonnance de jugement
Le patient bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ? ☐ oui ☐ non (si oui, fournir la notification).
Coordonnées du tiers ou du service gardien (Nom, adresse) :

☎ :/...../...../...../.....

Renseignements scolaire

Nom de l'établissement scolaire où le patient est inscrit :
Adresse :
C.P : Ville :

☎ : c Courriel@ :

Dernière Classe fréquentée :
Date d'arrêt des études (s'il y a lieu) :/...../.....

Prise en charge Sécurité Sociale

Nom et Prénom de l'assuré :

Assuré(e) social : père mère autre, à préciser :

Numéro S.S. : Régime :

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale :

☎ de la caisse de SS :/...../...../...../..... Tapez une équation ici.

Prise en charge Mutuelle

Mutuelle Assurance CMU

Nom et adresse de l'organisme :

Assuré(e) : père mère autre, à préciser :

Numéro d'adhérent :

La prise en charge du forfait journalier est souvent limitée dans le temps. Au-delà de cette prise en charge, une facture vous sera adressée.

Nom et prénom de la personne qui s'acquittera des factures dans ce cas. :

Code DMT : 616 – Code Finess : 010780476 – Numéro à donner pour la demande de prise en charge à la mutuelle ou assurance.

Tout dossier incomplet ou illisible retardera la prise en charge.

Date :/...../.....

Signatures

Mère :

Père :

Tuteur :

Pièces à joindre à votre demande d'admission

- Fiche de renseignements complétée, photo obligatoire fixée à l'emplacement prévu.
- Partie médicale dûment rempli** par le médecin généraliste ou spécialiste, copie d'examens complémentaires (biologie, radiographies...).
- Ordonnance si traitement médicamenteux en cours.
- Photocopie de l'attestation d'ouverture des droits sécurité sociale en cours de validité.
- Attestation de prise en charge mutuelle/assurance, dès que vous aurez une date pour la visite de préadmission.
- Photocopie de votre carte Mutuelle recto verso ou attestation Complémentaire Santé Solidaire.
- Indispensable : copie de jugement d'assistance éducative en AEMO, copie de jugement de divorce/séparation, s'il y a lieu.

Modalités financières du séjour

Tous les tarifs sont affichés à l'accueil et peuvent être consultés dès la visite de préadmission.

Avant toute étude de dossier, il est impératif de joindre au dossier :

- Une lettre d'adressage du psychiatre référent
- Une lettre de motivation manuscrite du patient
- Tous les comptes rendus d'hospitalisation
- En cas de médecin adresseur hospitalier ou suivi de secteur le contrat de reprise signé

Si adresseur hospitalier ou suivi de secteur, merci de joindre le **contrat de reprise** signé **(obligatoire)**.

Éléments concernant le patient et à renseigner par la famille

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :/...../.....

Maladie motivant la
demande
d'hospitalisation :
Quels sont les
antécédents
médicaux du
patient :

Familiaux :

-
-
-
-

Personnels :

-
-
-
-

Le patient a-t-il un
traitement au long
cours ?

Oui Non

Si oui lequel :

.....

.....

Demande d'admission : partie médicale

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ?

Oui Non

Si oui, merci de joindre les comptes rendus d'hospitalisation.

Pouvez-vous décrire les difficultés actuelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est le suivi actuel du patient ?

Médecin Traitant :

Médecin Psychiatre :

Psychologue :

Quelles sont les attentes du séjour à Chanay ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les projets en sortant de l'établissement ?

.....

.....

.....

Feuillet médical – A remplir par le médecin

Pour toute demande, merci de joindre :

- **Un courrier médical avec anamnèse complète et vos attentes d'une hospitalisation en unité Soins-Etudes**
- Les **derniers examens biologiques**
- Un **ECG** si disponible
- Le cas échéant les derniers **examens radiologiques**
- La totalité de **CRH** si antécédent d'hospitalisation

Médecin Adresseur

Dr :

Prénom :

Adresse :

.....

C.P : Ville :

☎ :/...../...../...../.....

Adresse messagerie sécurisée :

.....

.....

Date de la demande :/...../.....

Structure de rattachement :

.....

.....

.....

.....

Nom du patient :

Date de naissance :/...../.....

Prénom du patient :

Suivi(e) depuis :/...../.....

Diagnostic retenu actuellement :

.....

.....

Etat clinique actuel

Taille : Poids : IMC (kg/m² ; %ile) :

Problématique en cours :

.....

.....

.....

Signes de gravité présents :

Psychiatriques :

Consommation toxiques Risque suicidaire Risque de fugue PTSD

Symptômes psychotiques Fonctionnement état limite Trouble du comportement :

Autre : préciser :

Somatiques :

Hypotension orthostatique Escarres Comorbidités endocrino (diabète, thyroïde, etc)

Hypothermie Vomissements Bradycardie Hypotonie axiale

Anomalie ECG Ostéoporose Autre à préciser :

Biologiques :

Neutropénie Hépatite de dénutrition Anémie

Insuffisance rénale Autre à préciser

Historique des hospitalisations précédentes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En cas de TCA restrictif :

Pour toute demande, merci de joindre :

- **Les courbes de croissance et IMC** (nous recommandons l'outil gratuit www.courbedecroissance.com)
- Les derniers **examens biologiques**
- Un **ECG** de moins d'un mois
- Le cas échéant les derniers **examens radiologiques** (échographie, radios, DMO, etc.)
- La totalité du compte rendu d'hospitalisation, si antécédent d'hospitalisation (complète ou de jour).

Type de TCA : Restrictif pur Mixte Binge Eating Disorder
Boulimie ARFID PICA

Début des troubles Pré-pubertaire Post-pubertaire

Poids le plus haut connu :

Date :/...../..... Poids : Taille : IMC (kg/m² ; %ile) :

Poids le plus bas connu :

Date :/...../..... Poids : Taille : IMC (kg/m² ; %ile) :

En cas de début post pubertaire : Ménarche (mm/aa) : ____/20__

Aménorrhée secondaire ? oui non ,

Si oui depuis (mm/aa) :/.....

Si depuis plus de 6 mois DMO :/.....fémur :
lombaire :

Ce patient a-t-il déjà été sondé : Oui / Non

Traitement(s) médicamenteux en cours :

..... Date d'instauration :/...../.....

..... Date d'instauration :/...../.....

..... Date d'instauration :/...../.....

..... Date d'instauration :/...../.....

Feuillet médical – A remplir par le médecin

Joindre impérativement à ce document

- Les bulletins scolaires des deux dernières années
- Un certificat de scolarité en cours de validité

Parcours scolaire antérieur

Année Scolaire	Classe	Etablissement	Résultats	Interruption / Déscolarisation
20...../20.....				
20...../20.....				
20...../20.....				
20...../20.....				

Le patient bénéficie-t-il d'un PAI ou d'une reconnaissance MDPH ?

Oui Non

Si oui joindre le document

Année en cours :

Y a-t-il une inscription en cours dans un établissement scolaire ?

Oui Non

Si oui joindre le certificat de scolarité

Cette scolarité a-t-elle été interrompue ?

Oui Non

Si oui, à quelle date :/...../.....

Le patient remet-il en cause son orientation scolaire ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

Quel est votre projet professionnel ?.....

.....



**CONTRAT D'ENGAGEMENT D'ADRESSAGE ET DE REPRISE POUR L'ETABLISSEMENT
MGEN/VYV DE CHANAY**

A signer obligatoirement par le médecin adresseur hospitalier avant admission du patient au sein de l'établissement de CHANAY

Les conventions passées et les engagements pris entre l'établissement de CHANAY et les établissements hospitaliers ou de secteurs (CMP, HDJ, ...) adresseurs prévoient que :

L'établissement adresseur à travers son médecin adresseur : Dr s'engage, auprès de l'établissement de CHANAY à :

A ré admettre ou reprendre en suivi :

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :/...../.....

Dès lors que le patient est stabilisé à l'issue de son séjour et sur un projet de sortie ou s'il ne peut plus adhérer au cadre de la clinique de CHANAY en fonction de son alliance ou de son état clinique.

Médecin du patient de l'établissement adresseur : Dr.....

Médecin du patient de Chanay : Dr

A,Le

Pour l'établissement adresseur

Signature :