

Chanay, le 07 août 2026

Objet : Demande d'admission

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-joint un dossier de demande d'admission au sein de l'établissement de santé 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 dans 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, le secrétariat médical vous contactera 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.

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

La Direction

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 organisée 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 complément d'information.

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, soit par courrier au 7 rue du Château, 01420 Chanay, soit par courriel à l'adresse suivante : sec.med.chanay@mgen.fr

Pour tous renseignements complémentaires :

☎ 04.50.56.80.09

☎ 04.50.56.80.13

Fax : 04.50.56.80.65

Point spécifique :

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

Autorité parentale : ☐ les deux parents ☐ un seul parent (à préciser) :

Lieu de résidence du patient : ☐ chez les deux parents ☐ chez un seul parent (à préciser) :

☐ 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 d'identité
obligatoire*

PARENTE

PARENT 1 (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 parent 1 (nom, adresse, tél.) :

.....

PARENT 2 (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 parent 2 (nom, adresse, tél.) :

.....

COORDONNEES MEDICALES

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

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Assistant de service social	Educateur référent
Mr ☐ Mme ☐ :	Mr ☐ Mme ☐ :
Prénom :	Prénom :
Adresse de la structure :	Adresse de la structure :
C.P :	C.P :
Ville :	Ville :
☎ :/...../...../...../.....	☎ domicile :/...../...../...../.....
Courriel@ :	Courriel@ :

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure éducative : ☐ Mesure administrative ☐ 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 SCOLAIRES

Nom de l'établissement scolaire où le patient est inscrit :

.....

Adresse :

C.P : Ville :

☎ :

Courriel@ :

Dernière Classe fréquentée : Date : / /

PRISE EN CHARGE SECURITE SOCIALENom et Prénom de l'assuré :
.....Assuré(e) social(e) : ☐ Parent 1(à préciser) ☐ Parent 2 (à préciser)☐ autre, à préciser :

Numéro S.S. : Régime :

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale :
.....
.....

☎ de la caisse de SS : / / / /

PRISE EN CHARGE MUTUELLEMutuelle : ☐ Assurance ☐ CMUNom et adresse de l'organisme :
.....Assuré(e) : ☐ Parent 1(à préciser) ☐ Parent 2 (à préciser)☐ 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 Finess : 010780476 - Numéro à donner pour la demande de prise en charge à la mutuelle ou assurance.

Tous dossier incomplet ou illisible retardera la prise en charge

Date : / /

Signatures

Parent 1

Parent 2

Tuteur légal

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ?	☐ Oui ☐ Non Si oui, merci de joindre les <u>comptes rendus d'hospitalisation</u> .
Pouvez-vous décrire les difficultés actuelles ?	
Quel est le suivi actuel du patient ?	
Quelles sont les attentes du séjour au sein de l'établissement et quel est le projet de sortie ?	

PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

- ☐ Fiche de renseignements complétée, photo d'identité obligatoire fixée à l'emplacement prévu.
- ☐ Pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour en cours de validité)
- ☐ **Partie médicale dûment rempli** par le médecin généraliste ou spécialiste, copie d'examens complémentaires (biologie, radiographies...).
- ☐ Ordonnance si traitements 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.

MODALITES FINANCIERES DU SEJOUR

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

FEUILLET MEDICAL - A REMPLIR PAR LE MEDECIN

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 compte rendu d'hospitalisation (CRH) si antécédent d'hospitalisation
- Une lettre de motivation manuscrite du patient

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

Médecin Adresseur
Date de la demande :/...../.....

Dr :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

C.P : Ville :

.....

☎ :/...../...../...../.....

Adresse messagerie sécurisée :

.....

Structure de rattachement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom du patient :

.....

Prénom du patient :

.....

.....

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

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

Diagnostic retenu actuellement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ATCD médicaux et chirurgicaux
ATCD personnels
ATCD Familiaux

Signes de gravité présents :

Psychiatriques :

Consommation des 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/m^2) :

- Poids le plus bas connu :

Date :/...../..... Poids : Taille : IMC (kg/m^2) :

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

SCOLARITE

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 ton 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 santé pour adolescents 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 santé pour adolescents 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 l'établissement de CHANAY en fonction de son alliance ou de son état clinique.

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

Médecin du patient de l'établissement de Chanay : Dr

A, Le

Pour l'établissement adresseur

Signature :