

Chanay, le 6 octobre 2021

Objet : Demande d'admission

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-joint un dossier d'admission au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation pour Adolescent de Chanay.

Nous vous remercions de :

- Prendre contact avec votre **médecin, spécialiste** ou **généraliste**, pour établir le courrier médical.
- Compléter la fiche de renseignements ci-jointe en la signant aux endroits indiqués,
- Nous retourner l'ensemble des documents, dûment remplis, dans les meilleurs délais, à l'attention du secrétariat médical,
- Lire attentivement le livret d'accueil, joint à ce dossier. Il vous donnera, entre autres, des indications sur la prise en charge, le droit des patients et le règlement intérieur.

Après examen de ce dossier, s'il est retenu, nous vous contacterons pour fixer une date pour une visite de préadmission avec un Médecin notre 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

DEMANDE D'ADMISSION

Circuit de l'admission

- Réception du dossier de demande d'admission complet : examen du dossier et proposition d'un rendez-vous en visite de pré-admission VPA, si le dossier est retenu. *Une attestation de prise en charge sera à demander à votre mutuelle ou assurance pour le rendez-vous de VPA.*
- VPA : Consultation médicale avec le patient et sa famille et 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'information.
- Un planning de permissions toutes les trois semaines sera établi selon le projet de soins.

Renseignements médicaux

Afin de répondre au mieux à votre demande, les renseignements médicaux, émanant d'un médecin, doivent faire l'objet d'un courrier précisant :

- Les antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, vaccinations), familiaux,
- L'histoire et l'évolution de la maladie,
- L'état actuel du patient,
- Son traitement actuel (avec les copies des ordonnances),
- Le mode de vie de l'enfant : activité physique, régime alimentaire, scolarité, tabac (nb de cigarette/jour, alcool, drogue),
- L'environnement familial : lieu de vie, mode de garde, autorité parentale, mesure sociale (éducative ou judiciaire), placement,
- Pour les troubles du comportement alimentaire : IMC, modalités de prises en charges antérieures cliniques et psychologiques, derniers bilan biologiques et ECG,
- L'objectif attendu de l'entrée dans notre établissement et si possible un diagnostic CIM-10,

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, un compte rendu d'hospitalisation 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

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 autre :

En cas de divorce/séparation, joindre obligatoirement les copies des jugements

Autorité parentale : père et mère père seul mère seule

Lieu 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 :

Profession :

☎ professionnel

Courriel@ :

Situation familiale actuelle : séparé divorcé

union libre marié 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 :

Profession :

☎ professionnel

Courriel@ :

Situation familiale actuelle : séparé divorcé

union libre marié 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 jugementLe 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 :

☎ :

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 : _____

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 retardera la prise en charge.

Date : ___/___/20___

Signatures

Mère :

Père :

Tuteur :

Pièces à joindre à votre demande d'admission

- Fiche de renseignements complétée, photo obligatoire fixée à l'emplacement prévu.
- Courrier médical 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 pré-admission.
- 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 consulter dès la visite de pré-admission.