

DOSSIER D'ADMISSION

Hospitalisation Complète

et

Hospitalisation De Jour

- Fiche de renseignements administratifs
- Lettre de motivation de l'enfant
- Dossier médical (à remplir par le médecin prescripteur lors d'une consultation)
- Résultats du bilan biologique

Les résultats des examens prescrits par votre médecin traitant non disponibles à l'envoi du dossier d'admission (bilan cardiologique, allergologie, EFR) devront être fournis le jour de l'admission.

Documents à joindre au dossier

Attestation sécurité sociale
Carte mutuelle ou justificatif de CMU
1 photo d'identité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A remplir par les parents

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance : Sexe F M

Nationalité :

Adresse :

.....
.....

Scolarité - Classe fréquentée :

Nom et prénom de l'assuré :

Responsable légal : Père - Mère - Autres (à préciser)

<u>PÈRE (Nom, Prénom)</u>	<u>MÈRE (Nom, Prénom)</u>
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)	Adresse : (si différente de celle de l'enfant)
Situation familiale :	Situation familiale :
Profession :	Profession :
Email :	Email :
N° téléphone :	N° téléphone :
Domicile :	Domicile :
Portable :	Portable :
Travail :	Travail :

Tuteur (NOM/Prénom) : Téléphone :

Adresse de votre Centre de Sécurité Sociale :

.....

Mutuelle : Téléphone mutuelle :

LETTRE DE MOTIVATION OBLIGATOIRE
À remplir par l'enfant



DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR LORS D'UNE CONSULTATION

Date :

Nom et coordonnées du médecin traitant correspondant extérieur :

Modalité souhaitée de la prise en charge :

- En hospitalisation complète
- En hôpital de jour
- Séjour court pendant les vacances scolaires

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

Poids :

Taille :

IMC :

ATCD familiaux (notamment HTA, IDM, AVC, Obésité, diabète, dyslipidémie)

ATCD perso

- médicaux
- chirurgicaux

Addictions : Non Oui, précisez lesquelles _____

Présence de pathologie(s) évolutive(s) en cours : Non Oui, précisez lesquelles _____

Vaccins obligatoires à jour ? Non Oui

Dates des derniers rappels :

- DTP
- Coqueluche
- Haemophilus type b
- Pneumocoque
- Hépatite B
- Méningocoque de sérogroupe C
- ROR

Vaccins non obligatoires :

Allergies

- médicamenteuse : Non Oui, précisez lesquelles _____
- alimentaire : Non Oui, précisez lesquelles _____
- autre : _____

Traitement en cours (joindre ordonnance)

L'enfant a-t-il une/des particularités alimentaires (régime, intolérance, sans viande...) ?

Suivi psychologue ou psychiatre antérieur ou en cours (motif du suivi, si possible joindre compte rendu), coordonnées du professionnel en charge du suivi :

Suivi orthophonique antérieur ou en cours (motif du suivi, si possible joindre compte rendu), coordonnées du professionnel en charge du suivi :

Prise en charge primaire ou secondaire de l'obésité : dates et lieux de prise en charge (si possible joindre les comptes rendus ou explorations réalisées)

Autres éléments qu'il vous semble important de porter à notre connaissance : par exemple prise en charge éducative et sociale (Aide Educative en Milieu Ouvert, Aide Educative à domicile, suivi assistante sociale), difficultés scolaires...

Merci de faire réaliser à votre jeune patient les bilans suivants :

- **BILAN BIOLOGIQUE :**
 - NFS iono urée creat
 - Transa, GGt, PAL
 - Glycémie à jeun
 - Bilan lipidique
 - TSH
 - Insulinémie
 - Cortisol libre urinaire des 24 heures

- **BILAN CARDIAQUE par un cardiologue**
 - ECG, Échographie cardiaque
 - Epreuve d'effort
 - Certificat d'aptitude à la réadaptation à l'activité physique

- **EFR en cas d'asthme**
- **BILAN ALLERGOLOGIQUE** en cas d'allergie alimentaire et/ou respiratoire
- **Réaliser les courbes pour IMC / Poids / Taille**

Nom du médecin prescripteur

Adresse :

.....

.....

Cachet

Téléphone:

E-mail :