

**DOSSIER ADMINISTRATIF
HOSPITALISATION COMPLETE**

NOM :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Date d'entrée : __ / __ / ____

photo

NE PAS REMPLIR - Cadre réservé à l'administration		
<input type="checkbox"/>	Dossier administratif	
<input type="checkbox"/>	Prescription médicale	
<input type="checkbox"/>	Pièce d'identité	
<input type="checkbox"/>	Livret de famille	
<input type="checkbox"/>	Carte VITALE	
<input type="checkbox"/>	Carte de régime complémentaire	
<input type="checkbox"/>	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé	
<input type="checkbox"/>	Carte d'invalidité	
<input type="checkbox"/>	Attestation d'assurance responsabilité civile	

68 avenue du chater - 69340 FRANCHEVILLE

Tél. : 04 72 16 22 00

Fax : 04 72 16 22 09

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- Dossier administratif
- Prescription médicale de séjour à demander à votre médecin traitant si votre enfant vient du domicile ou d'un établissement médico-social (voir MODELE ci-joint)
- Carte d'identité ou passeport accompagné du titre de séjour (enfant-parents)
- Livret de famille
- Carte VITALE ou attestation papier
- Carte de régime complémentaire : mutuelle, CMUC
- Accord de prise en charge mutuelle
- Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) notifiée par la MDPH
- Carte d'invalidité
- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant (fournie par la compagnie d'assurance qui assure votre domicile)
- Photo récente de l'enfant
- Livret scolaire, si enfant scolarisé

PIECES COMPLEMENTAIRES

Si vous êtes bénéficiaire de l'AME (Aide Médicale d'Etat) :

- Passeport, titre de séjour et attestation d'AME

Si vous résidez dans les DOM-TOM :

- Attestation de prise en charge en subsistance et certificat d'hébergement

Si vous êtes citoyen de l'Union Européenne :

- Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou formulaire E112 validé

Si vous résidez dans un pays hors Union Européenne :

- Règlement des frais de séjour des 3 premiers mois
- Passeport, visa et/ou autre titre de séjour

MODELE DE PRESCRIPTION MEDICALE DE SEJOUR :

Nom Prénom de l'enfant
Date de naissance

Date

Merci de recevoir en hospitalisation en Soins de Suite et Réadaptation à La Maisonnée, l'enfant (**NOM Prénom**) à compter du (**DATE**)

Signature + cachet médecin

CE MODELE NE VAUT PAS PRESCRIPTION MEDICALE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITÉ DE L'ENFANT :

NOM :	PRENOM :
NE(e) le :	A :
NATIONALITE :	
SEXE : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	

AUTORITE PARENTALE :

Autorité parentale détenue par : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> REPRESENTANT LEGAL		
PERE :		
NOM et Prénom :		
Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à		
Adresse :		
Code postal Ville.....		
Téléphone : _____ mail :		
Profession : Employeur :		
MERE :		
NOM et Prénom :		
Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à		
Adresse :		
Code postal Ville.....		
Téléphone : _____ mail :		
Profession : Employeur :		
REPRESENTANT LEGAL :		
Organisme :		
Adresse :		
Code postal Ville.....		
Nom et Prénom du référent :		
Téléphone : _____ mail :		

ASSURÉ SOCIAL :

Caisse : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	
N° immatriculation de l'assuré : _____	
Allocations familiales N° :	
Mutuelle : NOM et adresse :	
N° Adhérent :	

QUI PREVENIR EN CAS D'URGENCE ?

NOM Prénom	1-	2-	3-
TEL ☎			

FAIT A :

LE : __ / __ / ____

SIGNATURES : père

mère

Je soussigné(e),

- père NomPrénom
- mère NomPrénom
- autre NomPrénom

certifie être représentant légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

né(e) le : / / à

AUTORISATION DE SOINS

En cas d'urgence je suis informé(e) que les médecins de la Maisonnée disposent de l'autorité pour pratiquer les soins qu'ils jugeront nécessaires et faire transférer mon enfant à l'hôpital.

Si l'état de santé de mon enfant nécessite des soins ou des examens complémentaires dans un autre lieu que La Maisonnée, sans pour autant qu'il s'agisse d'une urgence, j'autorise les médecins de la Maisonnée à faire procéder à son transfert.

NB : En cas d'intervention programmée, il m'appartiendra d'y consentir, pour la date fixée, en signant un imprimé spécifique pour cette intervention.

AUTORISATION DE TRANSFERT

J'autorise l'établissement CSSRP La Maisonnée à décider, le cas échéant, du transfert de mon enfant vers d'autres établissements de soins.

Dans le cas où un transfert dans un établissement hospitalier serait prescrit, le déplacement de mon enfant pourra s'effectuer à l'aller et au retour sans que ma présence ne soit nécessaire.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS SANGUINS

J'autorise les médecins de la Maisonnée à faire pratiquer un prélèvement sanguin à mon enfant, y compris la recherche du VIH, en cas de contamination accidentelle (sang, urine, crachat) d'un membre du personnel travaillant à la Maisonnée.

FAIT A :

LE : ____/____/20__

Nom Prénom + Signature Père :

Nom Prénom + Signature Mère :

Nom Prénom +

Signature Représentant légal :

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné(e)

père mère autre représentant légal, préciser :

donne l'autorisation des sorties **accompagnées** (éducateurs, personnel paramédical...) pour l'enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../.....

FAIT A :
LE : __ / __ / ____

SIGNATURES : père mère

ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné(e) :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

.....

.....

Hospitalisation à La Maisonnée à compter du :/...../.....

M'engage à fournir les renseignements et documents administratifs pour la prise en charge de l'hospitalisation de mon enfant :

Né(e) le :/...../.....

par le, ou les organismes assurant ma couverture sociale et celle de mon enfant.

A défaut, je m'engage à acquitter les frais de séjour ainsi que le forfait journalier dont le montant nous est fixé par arrêté préfectoral annuellement.

FAIT A :
LE : __ / __ / ____

SIGNATURES : père

mère

DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Le Dossier Médical Partagé (**DMP**) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé de votre enfant.

(Informations complémentaires sur www.dmp.fr)

Le DMP de mon enfant est déjà ouvert :

OUI NON

Je donne l'autorisation à la Maisonnée d'ouvrir le DMP de mon enfant :

OUI NON

(Je présente la carte vitale au bureau des entrées pour l'ouverture du DMP)

Je donne l'autorisation à la Maisonnée d'intégrer les informations suivantes dans le DMP de mon enfant :

- les courriers d'informations importantes relatives à sa prise en charge
- le courrier médical de sortie lors de sa sortie définitive de l'établissement
- la liste de ses allergies

OUI NON

FAIT A :

LE : _____ / _____ / 20__

Nom Prénom + Signature Père :

Nom prénom + Signature Mère :

Nom Prénom +

Signature Représentant légal :

ENTRETIEN LINGE – SERVIETTES DE TOILETTES - LITERIE

Tout le linge nécessaire à la prise en charge de votre enfant durant son séjour (draps, couvertures, serviettes de toilettes), est fourni par nos soins.

En revanche l'entretien du **linge personnel** de votre enfant, reste à votre charge.

Deux solutions vous sont proposées :

- soit le linge est entretenu par vos soins,
- soit le linge est pris en charge par une société prestataire. Le coût mensuel du traitement du linge s'élève à 47€. Dans ce cas un règlement de 47€ devra être adressé le jour de l'admission et une facture vous sera transmise chaque mois.

Par ailleurs, pour prévenir d'éventuelles pertes de linge, nous vous rappelons que l'ensemble du linge de votre enfant doit impérativement être étiqueté à son nom et que le trousseau doit se composer de la liste jointe à ce courrier.

L'établissement n'est pas responsable de la détérioration du linge.

Je soussigné(e).....

Représentant légal de l'enfant.....

Choisis la modalité de traitement du linge personnel de l'enfant :

Linge entretenu par la famille

Linge entretenu par l'établissement : 47 € par mois

FAIT A :
LE : __ / __ / ____

SIGNATURES : père

mère

TROUSSEAU ENFANTS

Enfants de 0 à 3 ans :

- 10 tee-shirts et body (manches courtes ou longues selon saison)
- 8 slips (à partir de 2 ans)
- 8 grenouillères ou 8 pyjamas
- paires de chaussettes / paires de collants pour les filles
- 8 pantalons ou short / jupe / robe selon saison
- blouson chaud ou combinaison (hiver)
- paire de chaussures
- paire de pantoufles
- sweats - 1 gilet
- bonnet + écharpe ou bob (été) + crème solaire
- shampoing, savon, dentifrice + brosse à dent + verre à dent
- trousse de toilette

Enfants de 3 à 17 ans :

- 1 manteau ou blouson + 1 vêtement de pluie
- slips ou caleçons
- 6 chemises de nuit ou pyjamas
- 8 paires de chaussettes - 3 paires de collant
- 10 tee-shirts à manches courtes + tee-shirt corset (si corset)
- 10 tee-shirts à manches longues
- 6 pulls ou sweats ou gilet
- 8 pantalons ou robes + collants
- 2 joggings
- 1 paire de pantoufles
- 1 paire de chaussures
- 1 paire de baskets
- bonnet + gants + écharpe (hiver)
- bob ou casquette + lunettes de soleil + crème solaire (été)
- shampoing, savon, démêlant, dentifrice + brosse à dent (de préférence électrique) + verre à dents + déodorant
- brosse à cheveux + élastiques (pour les filles)
- sèche-cheveux
- trousse de toilette

Fournir un sac étanche pour le linge utilisé.

Le trousseau sera adapté en fonction des saisons, de la pathologie de l'enfant et de la durée de son séjour.