|  |  |
| --- | --- |
| 闒粀闀粀 | **La Maisonnée****C**entre de **S**oins de **S**uiteet de **R**éadaptation **P**édiatrique68 avenue du Chater - 69340 FRANCHEVILLETél. 04.72.16.21.07 Fax : 04.72.16.21.08 |

 **- TOXINE BOTULIQUE -**

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

NOM :

Prénom :

Né(e) le : ………………………………………à

Sexe : 🞏 Masculin 🞏 Féminin

*Nous vous demandons de remplir le plus soigneusement possible ce dossier où figurent des renseignements indispensables à la prise en charge de votre enfant et de ne pas oublier de signer les différentes autorisations et engagements.*

**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :**

[x]  Dossier administratif (4 pages) dûment rempli

[x]  Attestation d’assurance responsabilité civile couvrant l’enfant

(à demander à votre assurance habitation)

[x]  Attestation sécurité sociale

[x]  Carte mutuelle recto/verso + Accord de prise en charge mutuelle (si pas d’ALD)

*Informations à donner à votre mutuelle lors de votre demande de prise en charge :*

*Code DMT :* ***172*** *n°finess :* ***690790472***

[x]  Pièces d’identité parents/enfants

[x]  Livret de famille

*Siret : 424 620 227 000 68 - Finess : 690 790 472 - Code APE : 851A*

*Géré par l'union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie*

**LA FAMILLE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM - Prénom :Date de naissance:Nationalité: Adresse : Code postal :Ville :Marié, divorcée, autre…:Téléphone fixe :Téléphone portable : Profession : | Le père | La mère |
|               |               |
| Autorité parentale : 🞏 conjointe 🞏 partagée  🞏 exclusive……………… 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légalSi autorité parentale partagée ou exclusive, merci de nous transmettre le jugement.  |

**LA STRUCTURE D’ACCUEIL DE L’ENFANT :**

Nom de l’Etablissement :

Adresse :

Code Postal : ………………………….. Ville

Nom du référent médical :

Téléphone :

Nom du référent éducatif :

Téléphone :

**AUTORISATION DE SOINS :**

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

donne l’autorisation aux médecins de la Maisonnée de pratiquer les soins que nécessite l’état de santé de *(Nom Prénom de l’enfant)* ………………………………………………………………………. et de le transférer en milieu hospitalier en cas d’urgence.

*En tout état de cause, la personne donnant son accord est tenue informée de la décision d’hospitalisation.*

Fait à , le

Signatures : 🞏 père 🞏 mère 🞏 tuteur légal

**Si autorité parentale partagée, autorisation obligatoire des deux parents.**

**AUTORISATION DE PRELEVEMENTS SANGUINS :**

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

donne l’autorisation aux médecins de la Maisonnée de pratiquer un prélèvement sanguin à *(Nom Prénom de l’enfant)* ………………………………………………………………………. en cas de contamination accidentelle (sang, urine, crachat) d’un des membres du personnel travaillant à la Maisonnée.

Fait à , le

Signatures : 🞏 père 🞏 mère 🞏 tuteur légal

**ENGAGEMENT DE REGLEMENT**

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

m’engage à payer la participation aux frais de séjour si la complémentaire santé ne prend pas en charge ces frais ou si les droits à la CMU-C n’ont pas été renouvelés. *(si ALD, prise en charge à 100% par la sécurité sociale)*

Fait à , le

Signatures : 🞏 père 🞏 mère 🞏 tuteur légal

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE :**

La loi relative au droit à l’image oblige les directeurs d’établissement à demander une autorisation écrite au responsable légal de l’enfant, non seulement pour la prise de vue mais aussi pour l’exploitation interne à l’établissement et la diffusion de ces images sur un support : papier et numérique.

Pour ce qui concerne les images (photographies ou films) qui seront faites par les membres du personnel de l’établissement, elles ne seront pas utilisées à but lucratif et ne porteront en aucun cas atteinte à l’intégrité de la personne.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques ou films qui concernent l’enfant nommé ci-dessous est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l’usage qui en est fait et vous disposerez d’un droit de retrait, sur simple demande, si je vous le jugez utile.

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

Je soussigné(e) 🞏 père, 🞏 mère, 🞏 tuteur légal

autorise la prise de vue (vidéo + photo) de l’enfant :

 Nom :

 Prénom :

Fait à , le

Signatures : 🞏 père 🞏 mère 🞏 tuteur légal

|  |
| --- |
| *Cadre réservé administratif*  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 闒粀闀粀 | **La Maisonnée****C**entre de **S**oins de **S**uiteet de **R**éadaptation **P**édiatrique68 avenue du Chater - 69340 FRANCHEVILLETél. 04.72.16.21.07 Fax : 04.72.16.21.08 |

**Information sur le traitement par injection de toxine botulique**

Votre enfant va bénéficier d’un traitement par injections de toxine botulique, ce document contient les informations nécessaires concernant le traitement et ses effets secondaires possibles.

La toxine botulinique A est un traitement des contractures musculaires d’origine neurologique (spasticité). Ce traitement est actuellement proposé chez l’enfant à partir de 2 ans et chez l’adulte avec une bonne efficacité et peu d’effet secondaire.

La toxine a reçu l’utilisation de mise sur le marché (AMM) en France en 1998 pour le traitement de la spasticité de certains muscles du membre inférieur et en 2002 chez l’adulte pour le membre supérieur. La toxine agit au niveau de la jonction du nerf avec le muscle. Elle bloque la transmission d’une substance chimique du nerf au muscle de façon réversible. De ce fait, elle entraîne un affaiblissement musculaire temporaire. Son efficacité sur la spasticité des muscles est transitoire estimée à une période de 3-4 mois.

Il existe des contre-indications au traitement par toxine, en particulier les myasthénies et autres pathologies de la jonction neuromusculaire et la grossesse. Comme toutes injections intramusculaires, les injections de toxines botuliques sont contre indiquées en cas de troubles de la coagulation, tout traitement anticoagulant devra être signalé. L’usage d’aspirine est proscrit dans les 10 jours précédents toute injection de toxine. Il est préférable d’éviter les corticoïdes et antiinflammatoires qui peuvent contribuer à l’apparition d’un hématome au point de piqure.

Il est important que vous et votre médecin connaissiez les effets indésirables, qui sont cependant très rares et réversibles.

On a pu observer : diffusion de la toxine aux muscles voisins, rares réactions allergiques générales, douleurs au point d’injection, fatigue générale environ une semaine après l’injection, syndrome grippal, faiblesse musculaire, difficultés pour avaler, pneumopathie liée à une fausse route, incontinence urinaire.

Du fait d’une interaction de la toxine avec les antibiotiques de la famille des aminosides il conviendra d’utiliser un autre antibiotique que les aminosides (l’Amiklin en fait partie) si votre enfant présente une infection. L’utilisation des aminosides pourrait augmenter les effets de la toxine.

De plus il est préférable d’éviter toute vaccination 3 semaines avant et après les injections.

En cas de surdosage (les doses toxiques sont de 2100 UI Botox ou 6200 UI Dysport pour un patient de 70 kg) il n’existe pas d’antidote, un traitement symptomatique en milieu hospitalier est indispensable. En cas de difficultés pour avaler, de troubles du langage ou de troubles respiratoires, une prise en charge médicale immédiate s’impose.

Un intervalle de 3 mois minimum doit être respecté entre deux séries d’injections, afin de prévenir la possibilité de formation d’anticorps contre la toxine et donc de résistance au traitement.

L’amélioration clinique de l’hypertonie musculaire s’observe dans un délai de quelques jours à 2 semaines après l’injection.

Nous vous conseillons de garder dans le carnet de santé ce document, les doses et les muscles injectés sont notés dans le carnet de suivi de toxine qui vous a été remis lors de la première injection.

En vous remerciant de votre confiance.