

DOSSIER D'INSCRIPTION

SSR Pédiatrique Tza Nou

Prise en charge en cures thermales Enfants et adolescents

(Voies respiratoires, dermatologie, troubles du développement)



COORDONNEES :

Adresse : 230 Rue Vercingétorix, 63150 La Bourboule

Tél : 04.73.81.31.31

Fax : 04.73.81.31.39

E-mail : ssr-pediatrique.tzanou@ugecam.assurance-maladie.fr

Site internet : www.groupe-ugecam.fr/ssr-tza-nou

LES FRAIS DE SEJOUR

Le SSR Pédiatrique Tza Nou est un établissement sanitaire.

Ses règles de fonctionnement sont définies par le code de la Sécurité Sociale.

Le SSR Pédiatrique Tza Nou pratique un prix de journée « tout compris » (hébergement, frais médicaux) correspondant au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, base de remboursement des frais de séjour de tous les régimes d'Assurance Maladie (régime général, M.G.E.N, M.S.A, S.N.C.F, Caisse nationale militaire,...).

L'Assurance Maladie ou son équivalent assume le coût du séjour selon les principes applicables aux structures de soins c'est-à-dire 80% du coût des soins (ou 100% pour certains régimes locaux, AES ou ALD).

Il reste donc à la charge des parents ou de la mutuelle (si les parents adhèrent à une mutuelle prenant en charge tout ou une partie des prestations désignées ci-dessous) ou de la CPAM (au titre de la Couverture Maladie Universelle) les prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie soit :

- Ticket modérateur (20%)
- Forfait hospitalier

Si, vous n'avez ni mutuelle, ni Couverture Maladie Universelle, les factures seront à régler le jour d'entrée. Une facture acquittée vous sera adressée.

SECURITE SOCIALE

La demande prise en charge par la sécurité sociale est remplie par votre médecin avec deux mentions :

- « Hospitalisation justifiée »
- « Placement en maison d'enfants »

Vous enverrez cette demande à votre caisse de sécurité sociale pour acceptation.

Dès réception, vous adresserez les **volets A et B** à l'adresse suivante :

SSR Pédiatrique Tza Nou
230, rue Vercingétorix
63150 LA BOURBOULE

Afin de formuler votre demande d'inscription, vous devez impérativement nous retourner le présent dossier d'inscription de la manière suivante :

NOM DU DOCUMENT		A COMPLETER PAR			A NOUS ADRESSER <u>sous pli confidentiel</u> avec le reste du dossier (dans une enveloppe intitulée « dossier médical »)
		Médecin prescripteur	Famille	Enfant	
Fiches d'inscription	Renseignements administratifs (p5)		X		
Fiches médicales	Renseignements médicaux (p6)	X			X
	Recueil de données (p10)		X		X

Afin que nous puissions examiner votre dossier, il est impératif que vous nous transmettiez également les éléments suivants :

NOM DU DOCUMENT	A RETOURNER <u>sous pli confidentiel</u> au médecin de Tza Nou (enveloppe intitulée « dossier médical »)
Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire de l'année en cours	
2 photos d'identité récentes	
Une copie de l'attestation de sécurité sociale	
Une copie de la carte Mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Une copie du livret de famille et/ou de la carte nationale d'identité	
Une copie du jugement du tribunal si séparation des parents (page relative à l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant = 1 ^{ère} et dernière page)	
Les documents complémentaires demandés	
Une copie des résultats des éventuels examens complémentaires récemment réalisés	X
Les dernières ordonnances	X

SSR PÉDIATRIQUE TZA-NOU

Examens sanguins : NFS, Fer sérique, Ferritine, Eosinophilie, IgE totales, IgE spécifiques ...
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Pour tous ces examens, veuillez nous faire parvenir la photocopie des résultats s'ils ont été réalisés.

5- Précautions

L'enfant a-t-il un régime à suivre ? Oui Non
Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il une contre-indication à la pratique d'un sport ? Oui Non
Si oui, préciser :

6- Vaccinations

Dates des derniers rappels :
BCG, test tuberculique : ROR ou Priorix :
Pentacoq ou Infanrix : Hépatite B :

7- Manifestations motivant la cure thermale

Manifestations motivant la cure thermale, intervenues pendant l'année écoulée :

Fréquence : / an

Recrudescence des manifestations : Printemps Eté Automne Hiver

Intensité : Faible Moyenne Forte Très forte

Consommation pharmaceutique :

Broncho dilatateurs	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Corticoïdes	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Autres (préciser)				

8- Médicaments

Quels sont les médicaments que l'enfant doit prendre tous les jours pendant sa cure thermale (nom et posologie) ?

.....

.....

.....

Veuillez nous faire parvenir les dernières ordonnances

NE REpondre AUX QUESTIONS 9 A 11 QUE SI L'ENfant A DEJA REALISE UNE CURE THERMALE

9- Depuis la dernière cure thermale en, à (station thermale)

Absentéisme scolaire en rapport avec l'affection : Oui Non
Nombre de fois :

Hospitalisations : Oui Non
Raisons :

Interventions chirurgicales : Oui Non
Laquelle ?
Date de la dernière opération :

Précautions à prendre :

.....

.....

10- Examens réalisés en cours d'année ou après la dernière cure thermale

Bilan allergologique : Oui Non

EFR : Oui Non

Radios : Oui Non

Pour tous ces examens, veuillez nous faire parvenir la photocopie des résultats s'ils ont été réalisés.

11- Appréciation générale sur les effets de la cure thermale précédente

Evolution clinique :

.....

.....

.....

.....

Qualité des résultats :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A, le

Signature et tampon du médecin prescripteur :

Fiche médicale : RECUEIL DE DONNEES
A remplir et faire compléter par la famille
A retourner sous pli confidentiel

Cures thermales :
 Du au

Nombre de cures déjà réalisées :

Lieu :

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Nombre de frères et sœurs :

Niveau scolaire :

Place dans la fratrie :

1- Allergies dans l'environnement familial

Existe-t-il des allergies dans la famille du père ? Oui Non
 Si oui, préciser :

Existe-t-il des allergies dans la famille de la mère ? Oui Non
 Si oui, préciser :

2- ADL

L'enfant est-il pris en charge à 100% pour une ALD (affection longue durée) ? Oui Non
 Si oui, laquelle ? Date de validité :

3- Antécédents de l'enfant

Eczéma : Oui Non
 Infections ORL : Oui Non
 Bronchites : Oui Non
 L'enfant a-t-il été opéré :
 Des végétations ? Oui Non
 Des amygdales ? Oui Non
 Drains trans-tympaniques ? Oui Non

4- Environnement

L'enfant habite-t-il : A la campagne En pleine ville
 Mode d'habitat : Neuf Ancien
 Il y a-t-il : Rivière Espaces verts Usines
 Animaux domestiques : Oui Non
 Proches fumeurs : Oui Non
 Enfant fumeur : Oui...../Jour Non

5- Signalement propre de l'enfant

Port de lunettes : Oui Non
 Port de lentilles : Oui Non
 Appareils dentaires : Oui Non
 Semelles orthopédiques : Oui Non
 Enurésie : Oui Non
 Constipation : Oui Non
 Perturbations du sommeil : Oui Non
 Réglée : Oui Non
 Troubles du comportement : Oui Non

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6- Autres précisions concernant votre enfant

Activités et loisirs contre-indiqués :

Comportement de l'enfant en collectivité :

Habitudes alimentaires :

Pratique d'une religion :

Identité de la personne responsable :