

# 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](mailto:ssr-pediatrique.tzanou@ugecam.assurance-maladie.fr)

Site internet : [www.groupe-ugecam.fr/ssr-tza-nou](http://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	
<b>Fiches d'inscription</b>	Renseignements administratifs (p5)		X		
<b>Fiches médicales</b>	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 <sup>ère</sup> et dernière page)	
<b>Les documents complémentaires demandés</b>	
Une copie des résultats des éventuels examens complémentaires récemment réalisés	X
Les dernières ordonnances	X

### Fiche d'inscription : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

*A compléter par la famille*

CURE THERMALE

Du ..... Au ..... 20....

PHOTO

**• Renseignements concernant le patient :**

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le ..... à ..... Sexe : .....  
Scolarisé(e) en classe de : .....

Madame : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
Adresse Mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Professionnel : .....

Monsieur : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
Adresse Mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Professionnel : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié  En couple  Divorcé  Remarié  Veuf  
Autorité parentale : Mère :  Oui  Non Père :  Oui  Non

Nom, adresse, numéros de téléphone des personnes à contacter en cas d'absence des parents :  
.....  
.....  
.....

**• Renseignements concernant l'assuré(e) ou les titulaires de l'autorité parentale :**

Assuré :  Père  Mère  Patient  
N° de Sécurité Sociale : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
Caisse de Sécurité Sociale : .....  
Mutuelle (nom, adresse complète et n° de téléphone) : .....  
Tel Mutuelle : .....

A ....., le .....

Signature des détenteurs de l'autorité parentale :  
Père, Mère,



<b>DERMATOSE</b>	<b>Localisation :</b> .....
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Psoriasis	
<input type="checkbox"/> Prurigo	
<input type="checkbox"/> Urticaire	
<input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure	

<b>TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT</b>		
<b>Retard de croissance staturo-pondéral :</b>	Poids : .....	Taille : .....
<b>Obésité :</b>	IMC : .....	

**2- Antécédents de l'enfant**

**Antécédents médicaux :** .....

**Antécédents chirurgicaux :** .....

**Précautions à prendre :** .....

**Depuis 12 mois, l'enfant a-t-il été hospitalisé ?**       Oui       Non

Pour quelle(s) raison(s) ? .....

.....

**Précisions des maladies, antécédents de :**       Varicelle       Herpès       RGO

**L'enfant est-il pris en charge à 100% pour une ALD ?**       Oui       Non

Si oui, laquelle ? ..... Date de validité : .....

**L'enfant a-t-il un suivi psychologique ?**       Oui       Non

Si oui, pourquoi ? .....

**3- Allergies**

**Pneumallergènes**

Acarions :       Oui       Non

Pollens :       Oui       Non

Poils d'animaux :       Oui       Non      Lesquels ? .....

Autres : .....

**Trophallergènes**

L'enfant présente-t-il une allergie ou une intolérance alimentaire ?       Oui       Non

Si oui, laquelle ? .....

Symptômes : .....

**Allergies médicamenteuses**

L'enfant présente-t-il une allergie médicamenteuse ?       Oui       Non

Si oui, laquelle ? .....

Symptômes : .....

**Autres allergies**

L'enfant a-t-il déjà eu une désensibilisation ?       Oui       Non

Si oui, laquelle ? .....

Si désensibilisation actuelle, nom du produit, posologie, et dates des prochaines injections : .....

.....

**4- Examens complémentaires récents**

L'enfant a-t-il récemment passé des examens complémentaires :       Oui       Non

**Radios :** Sinus, poumons

**ORL :** Audiométrie, tympanométrie

**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 : .....