

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Soins de Suite et de Réadaptation Nutrition Obésité

Prise en charge ObEFA (enfants et adolescents)

Partie 1

A remplir par les responsables
légaux / encadrants



Partie 2

A remplir par le médecin
prescripteur



13 rue Molière, 63000 CLERMONT-FERRAND
Téléphone : 04 73 14 16 10
Email : SMRno@ugecam.assurance-maladie.fr
Site internet : www.groupe-ugecam.fr/hdj-nutrition-obesite

Identité de l'enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

• **Quels documents joindre à ce dossier de préadmission ?**

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

LISTE DES DOCUMENTS OU PIECES A FOURNIR	COMMENTAIRES
Copie d'une pièce officielle d'identité (recto/verso) (carte d'identité, carte de séjour, passeport ou livret de famille)	
Copie de l'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale à jour	
Copie de la carte mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Copie de jugement(s) en cas de divorce, de mesure de protection juridique (tutelle-curatelle-mesures éducatives)	

• **A qui transmettre ce dossier de préadmission ?**

Une fois renseigné, le dossier doit être retourné à l'établissement, **par mail, par courrier ou en mains propres**, accompagné de tous les documents demandés.

<p>SMR Nutrition Obésité Plateau Pédiatrique</p> <p>13 Rue Molière 63 000 CLERMONT-FERRAND</p> <p>04 73 14 16 10 SMRno@ugecam.assurance-maladie.fr</p>

• **Qu'advient-il de ce dossier de préadmission ?**

Il sera lu et discuté en équipe pluridisciplinaire, suite à laquelle le secrétariat vous contactera afin de vous proposer une première rencontre (Hôpital de Jour d'admission).

Identité de l'enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Partie 1 : A remplir par les responsables légaux / encadrants

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

• **LES PARENTS**

Parent 1	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse *:
Code postal :	Code postal *:
Ville :	Ville* :
Tél. Domicile :	Tél. Domicile *:
Tél. Portable :	Tél. Portable *:
Adresse Mail :	Adresse Mail *:

**Si différent de parent 1*

• **L'ENFANT**

Nom :	Nationalité :
Prénom :	Classe :
Date de naissance :	Dispositif particulier (ULIS, SEGPA...) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lieu de naissance :	Redoublement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe :	Précisions (si oui redoublement) :
Adresse* :	

** Si différent de parent 1*

• **L'AUTORITE PARENTALE**

<input type="checkbox"/> Autorité parentale conjointe	OU	<input type="checkbox"/> Autorité parentale exclusive à l'égard *
		<input type="checkbox"/> Du père
		<input type="checkbox"/> De la mère
		<input type="checkbox"/> D'un tiers (délégation)

** Joindre l'ordonnance de jugement*

Identité de l'enfant :	
Nom / Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	

• FORMULAIRE DE DECHARGE PARENTALE (valable tout au long de la prise en charge)

Je soussigné(e),
M/Mme

détenteur de l'autorité parentale de l'enfant,

Nom

Prénom

Date de naissance

- autorise mon enfant à repartir seul(e) du SMR Nutrition Obésité pour ses consultations et ateliers dans le cadre de sa prise en charge.
- autorise mon enfant à repartir accompagné par un personnel de la société de transport après ses consultations et ateliers dans le cadre de sa prise en charge au SMR Nutrition Obésité.

autorise mon enfant à repartir accompagné par un tiers désigné :
Nom et prénom :

Lien de parenté :

n'autorise pas mon enfant à venir et repartir seul(e) du SMR nutrition obésité pour ses consultations et ateliers dans le cadre de sa prise en charge.

Fait à, le

Signature(s) du ou des détenteur(s) de l'autorité parentale de l'enfant :

Identité de l'enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Partie 2 : A remplir par le médecin prescripteur

Cachet du médecin prescripteur

(Nom, prénom, adresse, n° d'identification)

Médecin traitant (si différent du prescripteur)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Renseignements médicaux :

♦ **Staturo-pondéraux Familiaux**

	Age	Poids	Taille	IMC		Age	Poids	Taille	IMC
Mère					Frère ou sœur				
Père					Frère ou sœur				
Frère ou sœur					Frère ou sœur				
Frère ou sœur					Frère ou sœur				

♦ **Antécédents Familiaux de Maladies Graves ou Chroniques**

- Père :
- Mère :
- Fratrie :

♦ **Risques cardio-vasculaires familiaux**

	Diabète	HTA	Dyslipidémie	Infarctus	AVC	Obésité
Mère						
Grand-père maternel						
Grand-mère maternelle						
Père						
Grand-père paternel						
Grand-mère paternelle						

♦ **Enfant**

Antécédents médicaux et/ou maladie ou chronique en précisant si ALD :

-
-
-

Antécédents chirurgicaux : opérations, entorses, fractures... autres

-
-
-

Allergies :

Respiratoire :

Médicamenteuse :

Alimentaire :

Autre :

Traitements :

-
-
-

Identité de l'enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Partie 2 : A remplir par le médecin prescripteur

Renseignements concernant l'admission demandée :

Objectifs du séjour :

- Stabilisation et/ou Perte de poids :
- Bilan de santé et des comorbidités liées à l'obésité :
- Régulation du comportement alimentaire :
- Autre :

Remplir le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de santé de l'enfant :

Age	Date	Poids (kg)	Taille (cm)
Naissance			
9 mois			
12 mois			
2 ans			
3 ans			
4 ans			
5 ans			
6 ans			
7 ans			
8 ans			
9 ans			
10 ans			
11 ans			
12 ans			
13 ans			
14 ans			
15 ans			
16 ans			

• ETAT PHYSIQUE

Poids actuel : Kg **Taille actuelle :** Cm **IMC :** Kg/m²

Fait à , le
 Tampon et signature du médecin :

Identité de l'enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

CERTIFICAT MEDICAL

Ce document est absolument nécessaire à l'établissement pour réaliser les demandes d'ententes préalables de prise en charge (caisse et mutuelle)

Je soussigné Docteur certifie que l'état de santé de l'enfant né le nécessite une prise en charge pluridisciplinaire de son surpoids obésité au sein du SMR Nutrition-Obésité.

Merci de renseigner l'adresse et le numéro d'immatriculation de l'enfant :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Fait à , le
Tampon et signature du médecin :