

DOSSIER DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLETE

SMR Pédiatrique Tza Nou

Prise en charge de l'obésité
Du CM2 à la terminale.



COORDONNEES :

Adresse : 230 Rue Vercingétorix, 63150 La Bourboule

Tél : 04.73.81.31.31

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

LES FRAIS DE SEJOUR

Le SMR Pédiatrique Tza Nou est un établissement sanitaire.

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

Le SMR 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 (DMT 604) 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.

SMR PÉDIATRIQUE TZA-NOU

Afin de formuler votre demande d'inscription, vous devez impérativement nous retourner le présent dossier de la manière suivante par courrier ou remis en main propre:

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 (p4)		X		
Fiches médicales	Renseignements médicaux (p5,6,7,8)	X			X
	Retentissement sur la vie quotidienne et la qualité de vie (p9)		X		X
	Motifs de la demande		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	
Les 3 derniers bulletins scolaires de l'année en cours ou année précédente	
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	
Les résultats du bilan sanguin (<i>modèle en fin de dossier</i>)	X
Une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations	X

• **Renseignements concernant l'adolescent :**

Nom :
 Prénom :
 Né(e) le
 Sexe : Féminin Masculin
 Scolarisé(e) en classe de

Etiquette Patient

PHOTO

• **Parents :**

Madame :
Prénom :
Adresse :

Code postal : **Ville :**
Date de Naissance :
Tél. Domicile :
Tél. Portable :
Adresse Mail :
Profession :
Tél. Professionnel :
Situation familiale : Célibataire Mariée Divorcée
 Séparée En couple Remariée Veuve
Autorité parentale : Oui Non
Nombre d'enfants à charge :

Monsieur :
Prénom :
Adresse :

Code postal : **Ville :**
Date de Naissance :
Tél. Domicile :
Tél. Portable :
Adresse Mail :
Profession :
Tél. Professionnel :
Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé
 Séparé En couple Remarié Veuf
Autorité parentale : Oui Non
Nombre d'enfants à charge :

Noms, adresses, numéros de téléphone des personnes à contacter en cas d'absence des parents :

.....

Mesure éducative en place (assistante sociale, ASE, tutelle, éducateur...) Oui Non

Depuis combien de temps ?

Pour quel motif ?

Nom et profession du référent du dossier (éducateur, assistante sociale) :

Tel : Mail :

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

Assuré : Père Mère

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse de Sécurité Sociale :

Mutuelle (nom, adresse complète et n° de téléphone) :

Signature des détenteurs de l'autorité parentale :
 Père Mère

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

Cachet du médecin prescripteur
 (Nom, prénom, adresse, n° d'identification)

Date :
 Téléphone :
 Spécialité :

Etiquette Patient

PHOTO

Médecin traitant

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Sexe : Féminin Masculin

Nombre de frères et sœurs : Rang dans la fratrie : ... Frères : Sœurs :

• **ANTECEDENTS PERSONNELS et FAMILIAUX :**

♦ **Enfant**

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

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

Maladies infantiles : Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle

Allergies : Alimentaire
 Médicamenteuse :
 Autre (religion, croyances...) :

Vaccinations : Fournir les photocopies du carnet de santé

Suivis spécialisés : Fournir les comptes rendus
Hospitalisations : Fournir les comptes rendus

♦ **Parents**

Données anthropométriques familiales

	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 :

Renseignements Médicaux
A compléter par le médecin prescripteur
A retourner sous pli confidentiel

• **HISTOIRE PONDERALE**

1- D'après vous, de quand date la prise de poids ?

.....

2- A-t-il été identifié un évènement déclenchant cette prise de poids ?

- Non
 Oui

Evènements de vie :

Merci d'indiquer les évènements stressants au cours de la vie de l'enfant en lien ou non avec la prise de poids
 (Exemples : problème de santé, décès, déménagements, changement d'école, séparation, conflits dans la famille, difficultés scolaires, moqueries, harcèlement...etc.)

Dates	Evènements

Remplir obligatoirement le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de santé :
 Sans ces données anthropométriques, l'étude du dossier ne pourra pas avoir lieu.
 La courbe de corpulence de votre enfant sera reconstruite avec le logiciel de l'établissement.

Carnet de santé perdu: Oui Non

Accouchement : Terme : SA :

Diabète gestationnel : Oui Non

Allaitement : Oui durée en mois _____ Non

Consanguinité :

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

Comportements addictifs ou dépendances connus :

Tabac Cannabis Alcool Ecran

Quelle consommation ?

Depuis quand ?

Autres conduites addictives :

Précisez :

.....

• **ANAMNESE**

Données anthropométriques actuelles

Poids :Kg

Taille :cm

IMC

Symptomatologie somatique et psychologique en lien avec l'obésité :

.....

Autres symptomatologies :

.....

Traitement en cours :

.....

Traitement de fond :

.....

<u>EXAMENS REALISES</u>	<u>DATE</u>	<u>MEDECIN OU ETABLISSEMENT</u>	<u>COORDONNEES TELEPHONIQUES</u>	<u>COMPTE RENDUS (à joindre)</u>
Bilan d'endocrinologie	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan génétique	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Capnographie	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CLICHES Radiologique (radiographie, scanner, échographie)	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consultation ORL	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Echographie cardiaque	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Echographie hépatique	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Echographie pelvienne	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Echographie rénale	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan d'énurésie	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exploration fonctionnelle respiratoire	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fond d'œil (rétinopathie)	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Holter tensionnelle	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polysomnographie / polygraphie du sommeil	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Test d'effort	.././...			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<u>SUIVIS</u>	<u>DATE DE DEBUT</u>	<u>DATE DE FIN OU EN COURS</u>	<u>COORDONNEES DU PROFESSIONNEL (NOM ET TELEPHONE)</u>	<u>COMPTE RENDUS (A joindre)</u>
Orthophoniste	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychomotricienne	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ergothérapeute	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AESH MDPH	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SESSAD	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CMP/ CMPP	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ITEP/IME	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	.././....	.././....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

• **Accompagnements et prises en charge antérieures**

L'enfant a-t-il déjà été accompagné pour sa maladie (obésité) ?

Non

Oui

Si oui, par quel moyen : (si oui fournir CR)

Prise en charge en établissement de santé ou dispositifs dédiés à l'obésité pédiatrique Oui Non

RePPOP

BPBP

BeeBOP

PROXOB

HDJ

Hospitalisation complète (Nom de l'établissement)

Autres :

Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM DU DISPOSITIF	FREQUENCE DES RENCONTRES OU DUREE DE L'HOSPITALISATION	PROFESSIONNELS RENCONTRES (NOM ET COORDONNEES)	DUREE DU PARCOURS DE SOINS	COORDONNEES DU DISPOSITIF
RePPOP				
BPBP				
BeeBOP				
PROXOB				
HDJ				
Hospitalisation complète				
Autres :				

Prise en charge individuelle, l'enfant a-t'il déjà consulté :

PROFESSIONNEL	MOTIF D'ACCOMPAGNEMENT	DATE DU DEBUT DE SUIVI	DUREE DU SUIVI	NOM ET COORDONNEES
Médecin traitant				
Médecin spécialisé (à préciser) :				
Pédopsychiatre				
Psychologue				
Diététicienne				
Educateur				
Autres professionnels (à préciser).....				



Vie Scolaire :

Rappel de la classe actuelle :

Déscolarisation actuelle ou antérieure ? Oui Non

Si oui :

Pour quelle raison ?

Depuis quand ?

Sanctions disciplinaires antérieures (conseils de discipline, exclusion temporaire ou définitive) Oui Non

Si oui :

Pour quelle raison ?

Autonomie dans le travail scolaire ? Oui Non

Difficultés particulière à l'école ? Oui Non

Si oui, précisez : SEGPA ULISS PAI AVS Autre (précisez)

Motif :

Projet pour l'année scolaire à venir ?

Passage en classe de Redoublement Autre :

Relations avec ses pairs ?

A beaucoup d'amis A quelques amis A peu d'amis Isolement / repli

Vie familiale :

Comportement de l'enfant à la maison, en famille :

.....
.....

Comportement de l'enfant à l'extérieur :

.....
.....

Caractère de l'enfant :

Relations familiales :

Relation mère - enfant :

Relation père - enfant :

Si beau père, relation beau-père – enfant :

Si belle mère, relation belle mère – enfant :

Relation avec frère(s) et sœur(s) :

Si demi-frère(s) / sœur(s), relation avec demi-frère(s) / sœur(s) :

Si les parents sont séparés, quel mode de garde ?

Vie sociale :

Activités de loisirs* actuelles (en dehors de celle proposées à l'école) pratiquées par l'enfant :

Oui Non

Si oui,

Laquelle/lesquelles..... depuis quand ?..... Si en club/association, nombre de séances par semaine.....

Activités de loisirs (activités culturelles, de pleine nature, sportives, artistiques) pratiquées en famille :

Oui Non

Freins perçus (matériel, financiers, mobilités, distance...) pour proposer et ou pratiquer des activités de loisirs :

.....
.....

Vie quotidienne :

Rythme de vie et sommeil :

Vous sentez vous en difficulté avec le rythme de vie de votre adolescent (coucher, lever, heure des repas, sorties familiales, devoirs, toilette) : Oui Non

Ecran :

Vous sentez vous en difficulté dans la gestion de l'usage des écrans Oui Non

Merci de réaliser au **Laboratoire d'Analyses Médicales, A JEUN de 12 Heures à 8h**

- NFS plaquettes
- Na+ K+
- Créatininémie et DFG
- Calcémie phosphorémie 25 oh Vit D2 D3
- CRPus
- Ferritinémie
- TSHus
- Cortisolémie à 8h
- Cholestérol total
- HDL-C
- LDL-C
- Triglycérides
- ASAT ALAT
- GGT
- GAJ
- Insulinémie à jeun
- HbA1c
- Protéinurie sur échantillon