

# DOSSIER DE PRE-ADMISSION

## Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Nutrition Obésité

Prise en charge du surpoids  
et de l'obésité infanto juvénile

*DE VOUS A NOUS*

*RECUEIL DE DONNEES*

*Clermont-Ferrand*



*SSR Nutrition Obésité*



• **Qui doit remplir ce dossier de préadmission ?**

Le présent dossier de préadmission est à remplir par les responsables légaux de l'enfant pour lequel l'hospitalisation est souhaitée.

Votre médecin traitant peut également vous accompagner dans cette démarche.

Pour toutes informations ou demande d'aide, n'hésitez pas à contacter le secrétariat de l'établissement.

• **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
Ordonnances médicales en cours	
Courriers médicaux récents	
Comptes rendus de consultations et d'hospitalisations	
Courbes staturo-pondérales	
Bilan comportemental*	
Bilan éducatif*	
Bilan social*	
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	
<b>Si hors CPAM 63 :</b> Accord d'entente préalable de prise en charge par la sécurité sociale	
Copie de la carte mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Copie de jugement en cas de placement	
Copie de jugement notifiant les modalités des droits de visite et d'hébergement et résidence habituelle (en cas de divorce ou de placement)	
Copie de jugement en cas de mesure de protection juridique (tutelle-curatelle-mesures éducatives)	

*\*Si vous êtes suivi par un psychologue, un psychiatre, un éducateur référent, une assistante sociale*

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

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

<p><b>SSR Nutrition Obésité</b> <b>Plateau Pédiatrique</b></p> <p>13 rue Molière 63 000 CLERMONT-FERRAND</p> <p>04 73 14 16 10 ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr</p>
--

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

Il sera lu et discuté en réunion médico-infirmière, suite à laquelle le secrétariat vous contactera afin de vous proposer une première rencontre (Hôpital de Jour d'orientation).

• **L'ENFANT**

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Sexe : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Tél. Domicile : .....
.....	Tél. Portable : .....
Code postal : ..... Ville : .....	

• **LES PARENTS**

Madame : .....	Monsieur : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Lieu de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
.....	.....
Tél. Domicile : .....	Tél. Domicile : .....
Tél. Portable : .....	Tél. Portable : .....
Adresse Mail : .....	Adresse Mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Tél. Professionnel : .....	Tél. Professionnel : .....

• **L'AUTORITE PARENTALE**

<input type="checkbox"/> Autorité parentale conjointe	<b>OU</b>	<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)

**Identité de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Date de naissance :** ..... **Sexe :** .....

**• LA SECURITE SOCIALE**

**Assuré :**             Père             Mère             Patient

**N° de Sécurité Sociale :** |\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Caisse de Sécurité Sociale (adresse) :**  
.....

**Mutuelle ou assurance complémentaire (nom, adresse complète et n° de téléphone) :**  
.....  
.....

**Nom de l'adhérent :** ..... **N° d'adhérent :** .....

L'enfant est-il actuellement **dans l'un des cas suivants :**

**Une Aide au paiement d'une Complémentaire Santé** (ACS, nous fournir l'attestation de droits à la sécurité sociale détaillée\*)

- Mutuelle sélectionnée par le Ministère de la Santé             Oui             Non

Nom de la mutuelle : .....

**Une affection de longue durée** (ALD, affection prise en charge à 100% par la sécurité sociale)

**Une invalidité** (nous fournir l'attestation de droits à la sécurité sociale détaillée\*)

*\*A demander directement auprès de votre caisse de Sécurité Sociale ou disponible sur votre espace [www.Ameli.fr](http://www.Ameli.fr) (en cochant la case « Exonération du ticket modérateur » afin d'afficher l'attestation de droits détaillée)*

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX ET EDUCATIFS**

**Identité de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

**• SITUATION FAMILIALE DES PARENTS**

<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Pacsés	<input type="checkbox"/> Mariés
<input type="checkbox"/> Séparés	<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Veuf
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....		

**• RESPONSABLES LEGAUX, SI PLACEMENT JUDICIAIRE**

	N°1	N°2
Nom – Prénom		
Adresse		
Tél. Domicile Tél. Portable		
Mail		

**En cas de divorce ou de jugement officiel concernant l'enfant, joindre obligatoirement une copie du jugement**

**• DROITS DE VISITE ET D'HEBERGEMENT**

<input type="checkbox"/> La résidence principale de l'enfant a été fixée chez : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le père</li> <li><input type="checkbox"/> La mère</li> <li><input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....</li> </ul>	<b>OU</b>	<input type="checkbox"/> Résidence alternée ..... ..... .....
--	-----------	--

**Identité de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

**• LA FRATRIE**

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom – Prénom				
Date de naissance				
Adresse				
Scolarité Profession				
Téléphone				

**• STRUCURE FAMILIALE DU MENAGE**

**Qui vit au domicile de l'enfant ?**

.....

.....

.....

**• INTERVENANTS MEDICO-SOCIO-EDUCATIF**

**Etes-vous pris en charge par des services sociaux ou médico-sociaux ? Ou l'avez-vous été ?**

Oui       Non

Si oui, précisez : .....

  

**Y a-t-il une mesure de protection concernant votre enfant actuellement ou par le passé ?**

Oui       Non

Si oui, précisez : .....

**Identité de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :** .....

**• SCOLARITE**

Nom de l'établissement scolaire : .....

Adresse de l'établissement scolaire : .....

Nom de l'enseignant : .....

Nom du médecin scolaire : .....

**Scolarité ordinaire**

Classe de : .....

**Scolarité adaptée**

- Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)
- Secteur d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA)
- Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)

**Des aides spécifiques ont été mises en place**

- Auxiliaire de vie Scolaire (AVS)
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
- Réseau d'Aide spécialisée aux élèves en difficultés (RASED)

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal



**Identité de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....

**• RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Fonction / Spécialité : .....  
Etablissement / Adresse : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....  
Date : ..... Cachet et signature : .....

**• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDEE**

**Résumé de situation motivant la demande de séjour :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Objectifs du séjour :**

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

**• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CORRESPONDANCE**

La liaison souhaitée à la sortie : .....

Les médecins correspondants : .....  
.....

**Identité de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :** .....

**• DIAGNOSTIC**

**Diagnostic d'obésité :**  Primaire  Secondaire

**Ce diagnostic a été confirmé par :**  Bilans endocriniens  Tests génétiques

**Quelle(s) anomalie(s) ?** .....

.....

.....

**Existe-t-il des anomalies du comportement alimentaire ?**

	Jamais	Par période	Très souvent
Respect d'une alimentation adaptée			
Recherche constante, stockage, vols d'aliments			
Mange gloutonnement			

**Existe-t-il des anomalies du comportement relationnel ?**

	Jamais	Par période	Très souvent
Agressif verbalement à l'égard des autres			
Agressif physiquement à l'égard des autres			
Comportement auto-agressif			
Comportements destructifs des objets			
Idées ou tentatives de suicides			
Tendance à fuguer			
Vols (autres qu'alimentaires)			

**La personne fume-t-elle habituellement ?**  Oui  Non

**Identité de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :** .....

**• ANTECEDENTS MEDICAUX**

**Allergies médicamenteuse ?**

Oui

Non

Si oui la(les)quelle(s) ?

.....  
 .....

**Allergies alimentaires ?**

Oui

Non

Si oui la(les)quelle(s) ?

.....  
 .....

**Problèmes médicaux importants ou répétitifs**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Hospitalisation(s) récente(s)**

.....  
 .....

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

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

**Identité de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :** .....

**• ETAT PHYSIQUE**

**Poids actuel :** .....Kg

**Taille actuelle :** ..... Cm

**IMC :** .....

**Groupe sanguin :** .....

	Oui	Non
Problème thyroïdien		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Essoufflement au repos		
Essoufflement à l'effort		
Apnée du sommeil		
Appareil respiratoire de nuit		
Scoliose		
Existe-t-il une douleur chronique ?		
Infection habituelle		
Appareillage ou installation spécifique		
Autres problèmes		

**TRAITEMENT EN COURS**

**-Médical :**

.....

.....

.....

.....

**Veuillez apporter le carnet de santé de votre enfant et sa dernière ordonnance**

**-Nutritionnel :**

.....

.....

.....

.....

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

Par .....

**Signature :**

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT MINEUR**  
*Devant être signée par l'ensemble des personnes détenant l'autorité parentale*

Je soussigné(e),

**MERE,**  
**Madame :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**PERE,**  
**Monsieur :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**RESPONSABLE  
LEGAL,**  
**Madame, Monsieur :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Autorise l'admission au sein du **SSR Nutrition Obésité**, de :

**ENFANT,**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal

Je soussigné(e),

**MERE,**  
**Madame :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**PERE,**  
**Monsieur :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**RESPONSABLE  
LEGAL,**  
**Madame, Monsieur :**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Autorise le Médecin à organiser **le transfert à l'hôpital (CHU Estaing) par un service d'urgence (Pompiers, SAMU)** pour que puisse être pratiquée, **en cas d'urgence**, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur l'enfant.

**ENFANT,**  
NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Les actes médicaux indispensables seront réalisés (article 42 du code de déontologie médicale : « *en cas d'urgence, si les parents ou le représentant légal du mineur ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires* »).

Et parallèlement à l'exécution de ces soins, l'établissement s'efforce de prévenir les titulaires de l'autorité parentale afin de les informer de la situation par les moyens les plus rapides. « *toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue* » (article 6 du décret du 14 janvier 1974), le médecin appelé à dispenser des soins à un mineur devant s'efforcer d'obtenir le consentement de son représentant légal.

L'enfant recevra les informations selon son degré de maturité et son consentement sera systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal

# AUTORISATION D'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT MINEUR AU COURS DES SOINS

*Devant être signée par l'ensemble des personnes détenant l'autorité parentale*

**Je soussigné(e),**

MERE,

**Madame :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

PERE,

**Monsieur :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

RESPONSABLE  
LEGAL,

**Madame, Monsieur :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**De :**

ENFANT,

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

- Autorise l'enfant à être accompagné lors de ses différents soins par une autre tierce personne  
 N'autorise pas l'enfant à être accompagné lors de ses différents soins par une autre tierce personne

Si oui, j'autorise :

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

*Une pièce d'identité sera demandée à la personne*

**Les enfants de moins de 8 ans devront systématiquement être accompagnés au cours de leurs venues.**

**Il ne sera délivré aucune information médicale (hors contexte d'urgence) par l'équipe soignante aux accompagnants non détenteurs de l'autorité parentale.**

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal

## AUTORISATION DE SORTIE D'UN ENFANT MINEUR

Devant être signée par l'ensemble des personnes détenant l'autorité parentale

**Je soussigné(e),**

MERE,

**Madame :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

PERE,

**Monsieur :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

RESPONSABLE  
LEGAL,

**Madame, Monsieur :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**De :**

ENFANT,

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Sortie accompagné(e)**

- Autorise l'établissement à confier l'enfant à une tierce personne lors de sa sortie de l'établissement
- N'autorise pas l'établissement à confier l'enfant à une tierce personne lors de sa sortie de l'établissement

Si oui, j'autorise :

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

*Une pièce d'identité sera demandée à la personne venant chercher l'enfant  
Dans le cas où l'enfant serait accompagné par un transporteur médical (TAXI VSL) une pièce identité sera demandée et copiée*

**Sortie seul(e)**

**Les enfants de – de 13 ans ne sont pas autorisés à quitter seul l'établissement**

Si l'enfant a + de 13 ans :

- Autorise l'enfant à quitter seul l'établissement
- N'autorise pas l'enfant à quitter seul l'établissement

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

**Signature :**

Père

Mère

Responsable légal



Je soussigné(e) Docteur .....certifie que l'état de santé  
du patient :

Nom de naissance : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

N° d'immatriculation : .....

Nécessite une prise en charge en SSR **Nutrition-Obésité** situé au

13 rue Molière  
63000 CLERMONT FERRAND

pour une **obésité** de grade 1 à 3 et/ou multi compliquée de l'enfant.

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

**Tampon et signature médecin :**

## SSR NUTRITION-OBESITE

Madame, Monsieur,

①

Au début de la prise en charge, nous vous proposons de photographier votre enfant afin d'**intégrer sa photographie à son dossier médical informatisé**.

Cette procédure s'intègre à l'identito-vigilance qui est le système de surveillance et de **prévention des risques d'erreurs liés à l'identification du patient**.



②

Nous vous informons également que des photographies pourraient également avoir lieu **lors d'événements au sein de notre établissement**.

Exemple : Journalistes écrivant un article sur le plateau sport en la présence de votre enfant.

Ces photographies s'intègrent dans le **droit à l'image**.

Le droit à l'image permet à une personne, célèbre ou non, de **s'opposer à la diffusion**, sans son autorisation expresse, **de son image**, en ce qu'elle est un attribut de sa personnalité.



## Exemplaire à conserver

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :  Madame  Monsieur : .....

Date de naissance : .....

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom) : .....

Date de naissance : .....

Atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées. J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et j'ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① L'enfant et le responsable légal sont d'accord pour que sa photographie soit dans le dossier médical informatisé :  
 Oui  Non

② L'enfant et le responsable légal sont d'accord qu'il puisse être pris en photographie et que son image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) :  
 Oui  Non

Le ...../...../....., à Clermont-Ferrand

Signature de l'enfant et de son représentant légal :

---

## Exemplaire à remettre au SSR Nutrition Obésité

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Responsable légal de l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées. J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① L'enfant et le responsable légal sont d'accord pour que sa photographie soit dans le dossier médical informatisé :  
 Oui  Non

② L'enfant et le responsable légal sont d'accord qu'il puisse être pris en photographie et que son image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) :  
 Oui  Non

Le ...../...../....., à Clermont-Ferrand

Signature de l'enfant et de son représentant légal :

