

DOSSIER D'INSCRIPTION

SSR Pédiatrique Tza Nou

**Prise en charge en cures thermales
pour les enfants et les adolescents**

*(Voies respiratoires, Dermatologie,
Troubles du Développement de l'Enfant)*



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.tza-nou.com

TZA NOU
230 Rue Vercingétorix, 63150 LA BOURBOULE
Tél : 04.73.81.31.31 Fax : 04.73.81.31.39

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 sous pli confidentiel 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

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 :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> En couple	<input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Remarié	<input type="checkbox"/> Veuf
Autorité parentale :	<u>Mère</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Père</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> 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,

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

Date :
Téléphone :
Spécialité :

NOM :
Prénom :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
Age :
Sexe :

PHOTO

1ère orientation thérapeutique : Voies respiratoires Dermatologie Trouble du développement de l'enfant
2ème orientation thérapeutique : Voies respiratoires Dermatologie Trouble du développement de l'enfant
Nombre de cures thermales déjà effectuées :
Poids : **Taille :** **IMC :**

Affections principales et secondaires justifiant un traitement thermal :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rhinite | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Retard staturo-pondéral |
| <input type="checkbox"/> Rhinopharyngites | <input type="checkbox"/> Trachéite spasmodique | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Bronchites récurrentes | <input type="checkbox"/> Ichtyose | |
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Laryngite chronique | <input type="checkbox"/> Urticaire | |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | <input type="checkbox"/> DDB | <input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure | |
| <input type="checkbox"/> Conjonctivite | | | |

1- Précisions sur la ou les affection(s) motivant la cure thermique

A quel âge l'enfant a-t-il présenté les premiers signes ?

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

ASTHME

Caractère : Intermittent Persistant léger persistant modéré Persistant sévère
Etiologie : Allergique Infectieux A l'effort Autre

AUTRES AFFECTIONS BRONCHIQUES

Bronchites récurrentes : Fréquence : / an
DDB : Localisation :

AFFECTION ORL

Rhinites / Sinusites : Etiologie : Allergique Infectieuse
Fréquence : Per annuelle Saisonnière

Rhino-pharyngites / Angines / Laryngites : Fréquence : / an

Otites : Type : OMA récurrente Otites séro-muqueuses chroniques
Fréquence : / an
Avec : OMA récurrente Drains trans-tympaniques

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

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		
Retard de croissance staturo-pondéral :	Poids :	Taille :
Obésité :	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

Acariens : 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

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 tuberculinique :

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 Nulle Moyenne Forte Très forte

Corticoïdes Nulle Moyenne Forte Très forte

Antihistaminiques Nulle Moyenne Forte Très forte

Antibiotiques Nulle Moyenne Forte 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 thermique en, à (station thermique)

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 thermique

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 thermique 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 :

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 :

Visa de l'établissement :

Le Directeur,

Signature :

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Seuls les draps, couvertures et couettes sont fournis par l'établissement.
Le linge des enfants est très régulièrement lavé. Il est donc inutile de surcharger la valise.
Les vêtements et objets de l'enfant doivent être marqués de son nom et prénom.
L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration.

VETEMENTS

- 2 shorts ou bermudas
- 2 pantalons ou jupes
- 4 tee-shirts
- 3 sweat-shirts
- 1 pull
- 1 vêtement de pluie (type K-way)
- 1 anorak
- 1 casquette
- 1 paire de gants

TROUSSE DE TOILETTE

- 1 verre à dent
- 1 dentifrice
- 1 brosse à dent
- 1 savon
- 1 peigne ou 1 brosse
- 1 shampoing neutre
- 1 anti poux
- 1 crème solaire
- 1 coupe ongles
- Des cotons de tiges

CHAUSSURES

- 1 paire de basket pour l'intérieur (pas de semelles noires)
- 1 paire de basket pour l'extérieur
- 1 paire de pantoufles
- Autres

LINGE COURANT

- 6 slips
- 2 pyjamas
- 1 robe de chambre ou 1 peignoir de bain
- 6 paires de chaussettes
- 3 serviettes de toilette
- 1 sac à linge sale

POUR LE TRAITEMENT THERMAL

- 2 joggings
- 1 bonnet
- 1 écharpe en hiver ou 1 foulard en été
- Des mouchoirs en papier
- 1 paire de claquettes
- 1 maillot de bain

POUR LE SUIVI MEDICAL

- Carnet de santé
- Ordonnances
- Médicaments marqués au nom de l'enfant
- Certificat de non contagion datant de moins de 4 jours

POUR LA CURE THERMALE D'HIVER

- 1 combinaison de ski ou 1 pantalon imperméable
- 1 paire d'après-ski
- 1 paire de lunettes de soleil
- 1 paire de gants

DIVERS

- 1 petit sac à dos
- 1 gourde
- 2 enveloppes timbrées avec l'adresse des parents
- Cartable et trousse (cure en période scolaire)

ARGENT DE POCHE

Le financement des loisirs extérieurs n'est pas pris en charge pas la sécurité sociale. Il faut prévoir :

- Argent d'activité : forfait de 80€
- Argent de poche : Somme laissée à votre appréciation

Un décompte détaillé des dépenses vous sera remis en fin de séjour.

Les deux règlements (groupés ou non) sont à effectuer à l'arrivée en espèces ou en chèque bancaire à l'ordre de « Tza Nou – Enfant ».