

# DOSSIER DE PRE-ADMISSION

*Version papier*

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

Prise en charge ObEFA

### Partie 1

A remplir par les responsables  
légaux / encadrants



### Partie 2

A remplir par le médecin  
prescripteur



13 rue Molière  
63000 CLERMONT-FERRAND  
04 73 14 16 10  
[ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr)  
[www.tza-nou.com](http://www.tza-nou.com)

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

• **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.

**SSR Nutrition Obésité**  
**Plateau Pédiatrique**

13 Rue Molière  
 63 000 CLERMONT-FERRAND

04 73 14 16 10  
[ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr)

• **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*

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

**Partie 1 : A remplir par les responsables légaux / encadrants**

**• 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*

Fait à ..... , le .....

**Signatures :**

Père                          Mère                          Responsable légal

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

**Partie 2 : A remplir par le médecin prescripteur**

**• RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

<b>Nom :</b>	
<b>Fonction / Spécialité :</b>	
<b>Etablissement / Adresse :</b>	
<b>Téléphone :</b>	<b>Mail :</b>

**• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDEE**

<b>Objectifs du séjour :</b>
<input type="checkbox"/> Stabilisation et/ou Perte de poids :
<input type="checkbox"/> Bilan de santé et des comorbidités liées à l'obésité :
<input type="checkbox"/> Régulation du comportement alimentaire :
<input type="checkbox"/> Autre :

**• 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) :**  
.....  
.....  
.....

**Identité de l'enfant :**

**Nom / Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_

**Partie 2 : A remplir par le médecin prescripteur**

Remplir le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de santé de l'enfant ou joindre la courbe de corpulence de l'enfant avec ses données anthropométriques (poids, taille) :

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/m<sup>2</sup>

Fait à ..... , le .....  
 Tampon et signature du médecin :

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

### 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 SSR 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 :