

# 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)

**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><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 <a href="mailto:ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr">ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr</a></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*



<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) :**  
.....  
.....  
.....

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

**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 :

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

**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 SSR 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 du SSR Nutrition Obésité après ses consultations et ateliers dans le cadre de sa prise en charge.
  
- 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 SSR 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 :**

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.

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) (Nom, Prénom) :  Madame  Monsieur : .....

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 :