



# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Dossier téléchargeable sur le site internet [www.hem-crf.fr](http://www.hem-crf.fr)  
ou à demander à la secrétaire par e-mail ou par téléphone

Maria DE MACÉDO Secrétaire de la commission d'admission

Tél. : 01.34.27.45.85 – E-mail : maria-sameiro.de-macedo@croix-rouge.fr

## Dossier à renvoyer au secrétariat de la commission d'admission

- soit par e-mail à : maria-sameiro.de-macedo@croix-rouge.fr
- soit par fax au numéro suivant : 01 34 27 45 99

☞ La Commission d'admission se réunit chaque mercredi.

**Ne sont discutés que les dossiers d'admission complets (cf. liste des documents à joindre)**

☞ Après avis médical, une décision sera prise et communiquée dans les meilleurs délais aux services demandeurs.

## 👉 LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

### ADMINISTRATIFS

- ⇒ IDENTIFICATION DU PATIENT / FICHE SCOLAIRE (fiche jointe à renseigner) **Pièce 1**
- ⇒ Copies des pièces d'identité de l'enfant et des détenteurs de l'autorité parentale (carte d'identité, acte de naissance, livret de famille ou passeport)
- ⇒ Justificatif de prise en charge : Attestation sécurité sociale ou CMUC à jour ; Notification d'AME ; Prise en charge de l'organisme payeur (*si autre que sécurité sociale*) ;
- ⇒ notification du 100 % ou photocopie de la demande ;
- ⇒ Carte de Mutuelle.

### MEDICAUX

- ⇒ SITUATION MEDICALE ACTUELLE (fiche jointe à renseigner) **Pièce 2**
- ⇒ Courrier motivant la demande d'admission à l'HEM
- ⇒ Comptes rendus d'hospitalisations (à jour), de consultations et opératoires.
- ⇒ Traitement en cours : ordonnance de sortie ou prescriptions médicales en cours

### SOCIAUX

- ⇒ FICHE SOCIALE / MAISON DES PARENTS (fiche jointe à renseigner) **Pièce 3**

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M  F

Lieu de naissance : .....

Domicile : .....

.....

### **Adresse des parents ou du responsable légal (si différente de l'enfant) :**

*Père (ou responsable légal)*

Monsieur : .....

N° : ..... rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Portable Père ..... Tél. domicile : .....

e-mail : .....

*Mère (ou responsable légal)*

Madame : .....

N° : ..... rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Portable Mère ..... Tél. domicile : .....

e-mail : .....

## FICHE SCOLAIRE

Scolarisé : OUI  NON

Classe suivie : .....

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté : .....

.....

Personne de l'établissement à contacter : ..... Tél : .....

## SITUATION MEDICALE ACTUELLE

**Joindre un courrier motivant la demande ; un compte-rendu d'hospitalisation (à jour) et/ou compte-rendu de consultation (récent) ; compte-rendu opératoire et dernières prescriptions médicales**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

DIAGNOSTICS ASSOCIES : .....

PROJET MÉDICAL : .....

DURÉE PRÉVISIBLE DE L'HOSPITALISATION : .....

## SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

Poids : ..... Taille : .....

Examen clinique : .....

Développement psychomoteur : .....

## SOINS TECHNIQUES

- Cathéter central  Chambre implantable
- Trachéotomie  Ventilation mécanique  VNI  Oxygénodépendance
- Gastrostomie  Autre  (Préciser) : .....

## SITUATION NUTRITIONNELLE

- Nutrition parentérale :
- Nutrition entérale :  Par sonde  Par gastrostomie
- Régime Spécifique : NON  OUI  (Préciser) : .....

## SUIVI PSYCHOLOGIQUE OUI NON

Si OUI, motif du suivi : .....

Troubles du comportement : OUI  NON

## REEDUCATION

- Motrice  Respiratoire  Orthophonique  Déglutition  Autre  (Préciser) : .....
- Appareillage  Aides techniques / Installation particulière  (Préciser) : .....

PORTAGE BMR : NON  OUI  (Préciser) : .....

**EN PERIODE D'ÉPIDÉMIE/PANDÉMIE :**

Dépistage fait : Non  Oui

Type de dépistage : .....

Date : .....

Résultat : .....

**MÉDECIN RÉFÉRENT**

NOM : .....

Cachet du service

## FICHE SOCIALE

	NOM	COORDONNEES	TELEPHONE - EMAIL - FAX
Service social connaissant la famille (hospitalier, secteur et/ou scolaire)			

Y a-t-il une mesure éducative judiciaire en cours ? NON  OUI  date : .....

IP

MJIE

OPP

AEMO judiciaire

Aide Educative à Domicile

Référent éducatif : .....

Coordonnées : .....

Téléphone : .....

### SITUATION SOCIALE DE LA FAMILLE :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom de l'Assistant(e) Social(e) : .....

Coordonnées : .....

## MAISON DES PARENTS

### Réservée prioritairement aux familles hors métropole

**PARENT A HÉBERGER :** OUI  NON

Nom de l'accompagnant : .....

### TYPE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT :

Organisme payeur (préciser) : .....

Date de la demande de prise en charge : .....

Association (préciser) : .....

Parent

### TARIF (Septembre 2020)

#### Hébergement :

- 15 € la nuitée

#### Restauration :

- Une cuisine est aménagée à la Maison des Parents pour les parents qui veulent cuisiner.
- S'ils le souhaitent, les parents ont la possibilité de prendre leur petit déjeuner et leur déjeuner au self de l'établissement (tarif à consulter sur place).
- Le self est fermé le soir, mais les parents peuvent prendre (à midi) un plat à réchauffer.