

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION





## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

A renvoyer à : Maria DE MACÉDO Secrétaire de la commission d'admission  
Hôpital d'Enfants Margency - 18, rue Roger Salengro - 95580 Margency  
Tél. : 01.34.27.45.85 - Fax : 01 34 27 45 99 - Email : mdemacedo@ctpmargency.com

Les informations médicales transmises par télécopie, doivent être adressées, pour des raisons de confidentialité, au numéro de FAX suivant : 01 34 27 45 99

### DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER

Identification du patient : .....

<u>ADMINISTRATIF</u>	Envoyé	Motif de non envoi
- Pièce d'identité de l'enfant (carte d'identité ou acte de naissance ou livret de famille ou passeport)	<input type="checkbox"/>	
- Attestation sécurité sociale à jour	<input type="checkbox"/>	
- Carte de mutuelle ou CMUC	<input type="checkbox"/>	
- Notification d'AEEH	<input type="checkbox"/>	
<u>MÉDICAUX</u>		
- Comptes-rendus d'hospitalisations (à jour), de consultations et opératoires.	<input type="checkbox"/>	
- Photocopie du carnet de santé (feuille de vaccinations et maladies)	<input type="checkbox"/>	
- Fiche médicale ci-jointe (à compléter)	<input type="checkbox"/>	
- Traitement en cours	<input type="checkbox"/>	
<u>SOCIAUX</u>		
- Fiche ci-jointe	<input type="checkbox"/>	
<u>SCOLAIRES</u>		
- Fiche scolaire ci-jointe	<input type="checkbox"/>	

### La Commission d'admission se réunit chaque semaine

- Le dossier de demande d'admission permet de statuer sur l'hospitalisation de l'enfant à l'Hôpital d'Enfants de Margency.
- vous pouvez le télécharger en format pdf et l'adresser par courrier à la secrétaire de la Commission d'admission ou par fax au 01 34 27 45 99.
- Pour être présenté en commission d'admission, le dossier doit être complet et accompagné du dernier compte-rendu d'hospitalisation.

### Après avis médical, le Directeur prononcera l'admission

- Il appartient à l'établissement demandeur de faire la demande de prise en charge des frais de séjour
- La date d'entrée sera communiquée, dès réception de la prise en charge délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'Organisme payeur, en fonction des places disponibles dans les services.

Pour tout renseignement concernant l'admission de l'enfant, contactez la secrétaire de la Commission d'Admission : Maria DE MACÉDO Tél. : 01 34 27 45 85 - Fax : 01 34 27 45 99  
Courriel: mdemacedo@ctpmargency.com



Pièce 1

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : masculin  féminin  Date de naissance : | | | | | | | |

Lieu de naissance : .....

Domicile : .....

.....

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

Madame : .....

N° : rue : .....

.....

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

Tél. domicile : .....

Monsieur : .....

N° : rue : .....

.....

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

Tél. domicile : .....

Portables : Père .....

Mère .....



Nom et prénom de l'enfant : .....

Pièce 2

## FICHE MEDICALE

Joindre un compte-rendu d'hospitalisation (à jour)  
et/ou compte-rendu de consultation (récent)

MÉDECIN DEMANDEUR.....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

DIAGNOSTICS ASSOCIES : .....

PROJET MÉDICAL : .....

DURÉE PRÉVISIBLE DU SÉJOUR : .....

### ÉTAT MÉDICAL ACTUEL

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

Signes cliniques : .....

Développement psychomoteur : .....

### ETAT PSYCHOLOGIQUE

Troubles du comportement : Oui  Non

Etat dépressif : Oui  Non

Suivi psychologique antérieur : Oui  Non

Coordonnées du (des) psychologue(s) assurant le suivi : .....

### PROTHESES

Trachéotomie

Cathéter central

Chambre implantable

Gastrostomie

Autre

Préciser : .....



Nom et prénom de l'enfant : .....

### SOINS NUTRITIONNELS

- Nutrition parentérale : Oui  Non
- Nutrition entérale :
  - par sonde : Oui  Non
  - Par gastrostomie Oui  Non
- Alimentation orale fractionnée : Oui  Non
- Régime :
  - Normal
  - Spécifique

### TRAITEMENT RESPIRATOIRE

- O2 : Oui  Non
- VM : Invasive  Non Invasive

### REEDUCATION

- Respiratoire  Orthophonique  Déglutition  Autre  Préciser : .....
- Appareillage : Jour  Nuit
- Aides techniques :

.....  
.....

#### MÉDECIN RÉFÉRENT

NOM : .....

Cachet du service



Pièce 3

## FICHE SOCIALE

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--	--	--

### SERVICES SOCIAUX CONNAISSANT LA FAMILLE

	NOM	ADRESSE	TELEPHONE - FAX
Service Social hospitalier			
Service social de secteur			
Service social scolaire			

L'enfant bénéficie t'il d'une mesure éducative ?

Oui  Non

AEMO judiciaire  AEMO administrative  OPP  IOE

Service référent : .....

NOM du référent : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### AUTRES RENSEIGNEMENTS (susceptibles de mieux nous faire connaître l'enfant et sa famille):

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

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

Adresse : .....

Fait à

Le  
Signature



## FICHE SCOLAIRE

Unité d'Enseignement - *L'école* - (Education Nationale)

☎ 01 34 27 42 07 - Fax : 01 34 27 42 03 - courriel : mcouvez@ctpmargency.com

*Merci de bien vouloir nous donner les renseignements suivants, qui nous permettront de construire sans retard un projet de scolarité pour votre enfant*

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--

 Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : .....

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

.....

Personne de cet établissement à contacter : ..... Tél : .....

Classe suivi : .....

Langue(s) : ..... Option(s) : .....

Y a-t'il eu interruption(s) de la scolarité : Oui  Non  Si oui, quand : .....

Bénéficie-t-il d'une rééducation :

- psychopédagogique  - orthophonique  - kinésithérapique  - autre  .....

Avez-vous sollicité une orientation scolaire auprès de la MDPH : Oui  Non  Si oui, quand : .....

### TRÈS IMPORTANT

**Votre enfant sera scolarisé, en accord avec le médecin et vous-même, en fonction de son projet pédagogique, soit :**

↪ en « *extra-muros* » c'est-à-dire dans une école, un collège ou un lycée voisins de l'Hôpital d'Enfants Margency avec lesquels nous avons l'habitude de travailler,

↪ en « *intra-muros* » c'est-à-dire dans l'école de l'Hôpital d'Enfants Margency (maternelle, élémentaire, secondaire).

Pour le secondaire (cours dispensés par des enseignants spécialisés et professeurs externes) il se pourrait, dans de rares cas, que le projet prévoie une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) qui dispense des cours, par correspondance, adaptés au niveau du collégien ou lycéen. Il faut alors prévoir, pour l'année scolaire, une somme d'environ 106 euros pour l'inscription, qui seront les seuls frais.

Fait à

Le  
Signature

Nom et prénom de l'enfant : .....

## MAISON DES PARENTS

1. **PARENT A HÉBERGER** : OUI  NON

Nom de l'accompagnant : .....

2. **PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME PAYEUR**

- Une 1<sup>ère</sup> prise en charge des frais d'hébergement a-t-elle été accordée

OUI  NON

(Joindre la copie de l'attestation de prise en charge)

- l'organisme de prise en charge a-t-il été prévenu du transfert ? OUI  NON

- Un renouvellement de prise en charge a-t-il été demandé ? OUI  NON

Si oui, à quelle date ? .....

(Joindre copie de la demande)

3. **TARIF** (Janvier 2010)

**HÉBERGEMENT** : (Sous réserve d'un changement de tarif)

*Pour une personne*

- **Pour le 1<sup>er</sup> mois ou pour un séjour inférieur à 1 mois :**

✓ 13 € les 15 premières nuitées

✓ 8 € les nuitées suivantes

*Pour le 2<sup>ème</sup> parent*

✓ 5 € la nuitée

*Pour une personne supplémentaire (famille proche)*

✓ 9 € la nuitée

**RESTAURATION** : (Sous réserve d'un changement de tarif)

- Une cuisine est aménagée à la Maison des Parents pour les parents qui veulent cuisiner.

- S'ils le souhaitent, ils ont également la possibilité de prendre leur petit déjeuner et leur déjeuner au self de l'établissement.

Le self étant fermé le soir, les parents peuvent prendre un plat à réchauffer.

***Tarif du self :***

✓ 1,61 € le petit déjeuner

✓ 5,89 € le repas complet (entrée+plat principal+ fromage ou dessert)

✓ 4,29 € le repas simple (entrée+ plat principal) ou (plat principal + dessert ou fromage)

✓ 0,75 € le supplément boisson

4. **ASSISTANTE SOCIALE REFERENTE** (dans l'établissement hospitalier demandeur)

Nom : .....

N° de Téléphone : .....