



Pôle« Accompagnement ambulatoire »
MECSa 64570 ARETTE

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR LE DÉCRET DU 14 DÉCEMBRE 1956

**DÉMARCHES À ACCOMPLIR POUR LA PRÉ-ADMISSION
EN MAISON D'ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE TEMPORAIRE**

Dates des séjours :

Possibilité de faire deux séjours cumulés aux vacances d'Avril 2023

- Du dimanche 9 au samedi 15 Avril 2023 (6/17 ans) : Séjour de 7 jours
- Du dimanche 16 au samedi 22 Avril 2023 (6/17 ans) : Séjour de 7 jours
- Du dimanche 9 au samedi 29 Juillet 2023 (6/12 ans) : séjour thérapeutique 3 semaines « enfants »
- Du dimanche 6 au samedi 26 Aout 2023 (13/17 ans) : séjour thérapeutique 3 semaines « Adolescents »
- Du dimanche 22 au samedi 28 Octobre 2023 (6/17 ans) : stage de 7 jours

Vous trouverez ci-dessous l'ensemble des démarches à accomplir pour présenter un dossier de pré-admission pour la participation aux séjours thérapeutiques Automne 2022 – été 2023 :

A compléter par le responsable légal :

- Rédiger une lettre argumentée expliquant les raisons de la demande de prise en charge du jeune
- Dossier patient (pages 3 et 12)
- demande de prise en charge mutuelle (jointe en supplément de ce dossier)

A joindre au dossier :

- 2 photos d'identité du jeune
- Attestation d'ayant droit de votre sécurité sociale.
- Copie carte vitale du jeune
- Copie carte mutuelle du responsable légal
- Copie tableau de vaccination carnet de santé du jeune
- Copie de la pièce d'identité du jeune
- Copie de la pièce d'identité du responsable légal

A compléter par le médecin :

- Lettre argumentée expliquant les raisons de la prise en charge
- Dossier médical (pages 5 à 11 ; signatures + cachet médecin en p9 et p11)
(dont courbe de corpulence, demande de prise en charge CPAM, fiche sanitaire)

Merci d'envoyer le dossier complet au plus tard 20 jours avant le séjour choisi à l'adresse suivante :

**MECSa - Les PEP64
Centre honoré Baradat
Avenue Marcel LOUBENS 64570 ARETTE**

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Votre demande sera étudiée par la commission médicale de la MECSa.

- Si votre demande est validée:

Vous recevrez confirmation par courrier.

- Si votre demande est mise sur liste d'attente :

Vous en serez informé par courrier.

- Si votre demande est refusée :

Nous vous contacterons pour envisager avec vous une solution de réorientation.

Pour toute information complémentaire, contactez :

La direction -Téléphone : 06 30 55 84 74

Email : mecsa@pep64.org ou secretariat.mecsa@pep64.org

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

Photo Identité



Pôle « Accompagnement ambulatoire »
MECSa ARETTE

DOSSIER PATIENT

Cette partie doit être remplie par le responsable légal du jeune.

Motif hospitalisation : Prise en charge de troubles du comportement alimentaire et des problématiques de surpoids associées.

Ne rien inscrire dans ce cadre réservé à la direction de la MECSa

Date et heure d'entrée : ___/___/___ à ___h___

Date et heure de sortie : ___/___/___ à ___h___

INFORMATIONS GENERALES

NOM / PRENOM DE L'ENFANT : _____

SEXE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

NOM./PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : _____ PERSONNE A PREVENIR :

LIEN DE PARENTE : _____

ADRESSE : _____

☎ TELEPHONE : _____ ou _____

@ MAIL : _____

Si parents séparés

NOM./PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : _____ PERSONNE A PREVENIR :

LIEN DE PARENTE : _____

ADRESSE : _____

☎ TELEPHONE : _____ ou _____

@ MAIL : _____

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : ___/___/___

PROFESSIONS DES PARENTS :

PERE : _____

MERE : _____

PERSONNE A PREVENIR :

NOM /.PRENOM _____

ADRESSE : _____

LIEN DE PARENTE : _____

☎ TELEPHONE : _____ ou _____

Nb : Documents à transmettre obligatoirement,

- Copie de la pièce d'identité.

SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE**SECURITE SOCIALE**

Caisse d'assurance maladie : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf synthèse des démarches d'inscription :

- Copie de la carte vitale
- Attestation d'ayant droits sécurité sociale.
- Attestation de prise en charge du séjour par la caisse d'assurance maladie.

MUTUELLE

Mutuelle : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

N° d'adhérent : _____

Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf. synthèse des démarches d'inscription :

- Copie de la carte mutuelle
- Attestation d'ayant droits mutuelle

Nom :**Prénom :****Sexe :****Date de Naissance :** __/__/__

Cette partie doit être remplie par le médecin traitant du jeune

DOSSIER MEDICAL

Motif hospitalisation : Prise en charge de troubles du comportement alimentaire et des problématiques de surpoids associées.

INFORMATIONS GENERALES

NOM / PRENOM DE L'ENFANT : _____

SEXE : _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____ **LIEU DE NAISSANCE :** _____

ADRESSE : _____

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN: _____

ADRESSE: _____

N° TELEPHONE : _____

@ MAIL : _____

Si autre suivi, coordonnées du spécialiste référent

NOM : _____

SPECIALITE : _____

ADRESSE: _____

N° TELEPHONE : _____ **@ MAIL :** _____

ANAMNESE

➤ MENSURATIONS

POIDS : _____ **TAILLE :** _____ **IMC :** _____

TOUR DE TAILLE : _____

La méthode retenue pour la mesure du tour de taille :

Le jeune positionne son index sur sa crête iliaque et son pouce au niveau de sa dernière côte flottante. La mesure s'effectue au niveau de cet intervalle.

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

➤ **PRISE EN CHARGE EXISTANTE**

Age du début de la prise en charge : _____

Fréquence du suivi : _____

Suivi effectué par :

Médecin généraliste ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

Pédiatre ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

CMPP ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

RéPPOP ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

Médecin Nutritionniste ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

Diététicien ; Si oui, précisez : Lieu : _____ Date début prise en charge : _____

Autre : _____

➤ **ANTECEDENTS ET HISTOIRE PONDERALE**

ANTECEDENTS FAMILIAUX

	PARENTS	GRANDS PARENTS	FRATRIE
OBESITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPERCHOLESTEROLEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMES CV PREMATURES (IDM/ mort subite/ artériopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

ANTECEDENTS PERSONNELS

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

PATHOLOGIE CHRONIQUE

TRAITEMENT AU LONG COURS
INDUISANT LA PRISE DE POIDS

	OUI	NON
PUBERTE DEMARREE		
PALPATION DE LA TYROIDE ANORMALE		
<u>CROISSANCE STATURALE :</u> - REGULIERE OU ACCELEREE - INFLECHISSEMENT		
RONFLEMENTS NOCTURNES		
ANOMALIE DE LA STATIQUE VERTEBRALE		
VERGETURES POURPRES		
ACANTHOSIS NIGRICANS (signe de diabète type 2)		
SOMNOLENCE DIURNE		
DYSMORPHIE		
RETARD PSYCHOMOTEUR		

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

VACCINATIONS :

Le carnet de vaccinations du jeune est-il à jour ? _____

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres(préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Nb : Documents à transmettre obligatoirement :

- Copie du carnet de santé du jeune

Préférences/intolérances Alimentaires

Le jeune a-t-il des préférences alimentaires religieuses ?

- Si oui, précisez :

Le jeune a-t-il des intolérances alimentaires ?

- Si oui, précisez :

TRAITEMENT EN COURS :

Le jeune a-t-il un traitement en cours : oui – non _____

Nom médicament	Posologie	Voie administration	Durée du traitement	Fréquence du traitement	Poids de l'enfant

Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf synthèse des démarches d'inscription :

- Une copie de l'ensemble des ordonnances à jour.
- Les médicaments déjà achetés.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES ENVISAGES

Des examens complémentaires sont-ils envisagés ?

- Si oui, lesquels ? _____

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES TRANSMISES A L'ETABLISSEMENT

Troubles associés :

.....

.....

.....

Points à surveiller :

.....

.....

.....

Activités déconseillées :

.....

.....

.....

.....

.....

Cet examen a été effectué par le Docteur :Le / /

<i>Date</i>	<i>Cachet</i>	<i>Signature du médecin</i>

Merci de compléter et de cacheter également la demande de prise en charge CPAM en page suivante.

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date de Naissance : / /

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date de Naissance : __/__/__

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CPAM

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

POIDS : TAILLE : IMC :
TOUR DE TAILLE :

HISTOIRE PONDERALE		
AGE	POIDS	TAILLE
NAISSANCE		
9 MOIS		
2 ANS		
3-4 ANS		
5-6 ANS		
AGE DE SORTIE DE LA COURBE :		
AGE DU DEPASSEMENT DU 97 ^{ième} PERCENTIEL :		
AGE DU REBOND :		

L'enfant est il déjà suivi pour cette pathologie, par une autre personne que son médecin traitant ?

.....
.....

Si oui,

- indiquer ses coordonnées :

.....
.....

- depuis combien de temps, et à quelle fréquence ?

.....
.....

NOM du médecin traitant :

.....

ADRESSE :

.....
.....

TELEPHONE :

Le

Signature et cachet du médecin traitant

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__

ASSURE OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS SOCIALES :

NOM :
 (Suivi du nom de jeune fille pour les femmes mariées)

PRENOM :

ADRESSE :

NOM DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE dont vous dépendez :

Votre N° d'immatriculation :

NOM et ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR :

NOM et ADRESSE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

PROFESSION :

ENFANT BÉNÉFICIAIRE DU SÉJOUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :

CENTRE : ARETTE - N° Identification : 64 078 117 5 (FINESS)

PÉRIODE : Avril 2023 - JUILLET 2023 - AOÛT 2023 - Octobre 2023 (1) rayez la mention inutile

A Le

Signature de l'assuré (e)

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance : __/__/__