



DEMANDE D'ADMISSION
Hôpital de Pédiatrie
et de Rééducation de Bullion

Dossier d'admission, à remplir par l'Assistante Sociale et le Médecin qui souhaitent une hospitalisation à l'H.P.R.

Ce dossier, une fois rempli, est à faire parvenir accompagné de tous les documents demandés, à **Mme JOURDREN Secrétaire Médicale** chargée des pré-admissions, soit :

- ***directement par fax au : 01 34 85 43 51***
- ***soit par courrier.***

Dès réception du dossier complet, celui-ci sera transmis au Médecin-Chef et à la commission d'admission pour étude. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais.

Résumé de situation motivant la demande d'admission :



DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION

- ▶ fiche « dossier d'admission » (page 2)
- ▶ fiche administrative (page 3)
- ▶ fiche médicale (page 4)
- ▶ fiche sociale (page 5)

Identification du patient :

▶ Nom :

▶ Prénom :

▶ Né(e) le : .. /.. /.... à :

▶ Sexe : **G** **F**

▶ Nationalité :

▶ Adresse :

▶ Tél : 0..... / 06.....

▶ Scolarité : Primaire : Collège :
 Classe : Classe :

Nom et adresse dernier établissement fréquenté :

Admission demandée :

- Etablissement :
- service :
- Médecin :
- Assistant(e) Social(e) :

☞ Proposition d'admission :

Hospitalisation complète : Hôpital de semaine : Hôpital de jour :

☞ Date d'admission souhaitée dès le :

☞ Durée du séjour envisagée :



FICHE ADMINISTRATIVE

▶ Nom :

▶ Date de naissance :

▶ Prénom :

▶ Lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS

☞ Père : M.
 date et lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :

 Tél :
 Profession :
 Nom de l'employeur :
 Adresse :
 Tél :

☞ Mère : Mme
 date et lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :

 Tél :
 Profession :
 Nom de l'employeur :
 Adresse :
 Tél :

☞ tuteur : M. Mme
 Adresse :

assuré(e) :

N° de sécurité sociale

Adresse du centre :

Mutuelle ou Assurance complémentaire :

oui **non**

laquelle :

Adresse :

Nom de l'adhérent :

Matricule :

PIECES A FOURNIR

➔ Carte d'identité, de séjour, ou passeport du patient, ou document d'état civil

➔ Attestation sécurité sociale

➔ Prise en charge étrangère nominative « Hôpital de Pédiatrie & de Rééducation de Bullion »

➔ A.M.E totale :

➔ Mutuelle ou C.M.U.C

➔ Attestation C.A.F

➔ Responsabilité civile

➔ A.E.E.H

➔ 2 Photos d'identité

➔ Ordonnance de placement

➔ Ordonnance « Droit de Garde »



FICHE MEDICALE

▶ Nom :

▶ Prénom :

PIECES A FOURNIR

RENSEIGNEMENTS

➔ Diagnostic :

➔ Intervention chirurgicale :

→ Type :

→ Date :

➔ Motif de la demande :

➔ Techniques :

➔ Poids :

➔ Taille :

➔ Comportement, autonomie :

➔ Handicap sensoriel :

➔ Suivi psychologique :

➔ Traitement :

- médical :

- régime :

- rééducation :

➔ CR Médicaux

➔ CR Opératoires

➔ CR de rééducation

➔ Ordonnances médicales de sortie

➔ Courbe staturo-pondérale

➔ Liaison souhaitée à la sortie :



FICHE SOCIALE

► Nom :

► Prénom :

↪ Mesure de protection :

oui

non

Date :

objet :

Service d'origine ou service mandaté :

↪ Placements antérieurs :

Situation familiale :

Mariés :

Vie maritale :

Séparés :

Divorcés :

Veuf(ve) :

↪ Autorité parentale :

Conjoint:

Père :

Mère :

Autre :

↪ Composition familiale :

Noms Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Lieu de naissance	Date de décès

↪ Observation sur la structure familiale :



➔ Conditions de logement :

Stable :

en recherche :

Nombre de pièces :

nombre d'occupants :

Etage :

ascenseur : oui non

Chambre particulière pour l'enfant : oui non

Logement : salubre

précaire

inadapté

➔ Coordonnées des correspondants Médico-sociaux :

➔ Evaluation du travailleur social :

➔ Hébergement famille :

oui

non

(Remplir le feuillet de modalités d'accueil de la maison des parents page 7).



**A joindre dans tous les cas
au dossier de pré-admission**

**Feuille des modalités
d'accueil à la Maison des Parents**

* Réservation d'une chambre Oui Non

* Durée du séjour souhaitée : _____
(réévaluée périodiquement par le service social)

* Nombre de personnes : _____
(maximum 3)

* Prise en charge financière

Famille	<input type="checkbox"/>
Sécurité sociale ou mutuelle	<input type="checkbox"/>
Caisse étrangère	<input type="checkbox"/>
Services sociaux ou associations caritatives après évaluation	<input type="checkbox"/>

✂-----

NB : Par manque d'infrastructure adaptée, la Maison des Parents ne peut accueillir dans de bonnes conditions les parents atteints d'une maladie grave ou contagieuse et les femmes enceintes

TARIF 2009

CHAMBRE

Ces tarifs incluent le petit déjeuner pour une personne seulement

Chambre pour une nuit	15,75 €
Chambre pour une semaine	88,25 €
Chambre pour un mois	310,00 €

REPAS

(Obligatoirement à la charge de la famille)

Petit déjeuner	2,00 €
Repas complet (1 entrée + 1 viande ou poisson + légumes + 1 dessert + 1 petit pain)	6,15 €

Possibilité de fractionner

Possibilité d'utiliser l'équipement de la cuisine de la Maison des Parents

La réservation doit systématiquement se faire **48h à l'avance**.

Le paiement ou l'attestation écrite de prise en charge doit être effectué lors de l'admission de l'enfant.

TARIFS

- 1) à la nuitée
- 2) forfaitaire à la semaine ou au mois