

DOSSIER D'INSCRIPTION SANITAIRE

A remplir par la famille :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	3
FICHE SCOLAIRE	4
LETTRE DE MOTIVATION - OBLIGATOIRE	6
LE SEMAINIER	7
LA FEUILLE DE GOUTS DE LEGUMES ET DES FRUITS	7

A remplir par le médecin prescripteur :

DOSSIER MEDICAL	10
-----------------------	----



ASSOCIATION REY-LEROUX

CENTRE REY-LEROUX

DOSSIER ADMINISTRATIF

CONFIDENTIEL



ASSOCIATION REY-LEROUX

CENTRE REY-LEROUX

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A remplir par les parents

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Lieu de naissance : _____

Sexe : F M

Nationalité : _____

L'enfant, a-t-il une ALD ? : Oui Non

Si, oui, pouvez-vous préciser pour quelle pathologie ? _____

Situation familiale :

Marié Célibataire Veuf Pacsé
Concubinage Remarié

En cas de séparation ou de divorce, merci de noter vos adresses, et de préciser le lieu de résidence habituel de l'enfant :

Père Mère Autres : _____

Nom et prénom du **père** :

Nom et prénom de la **mère** :

Adresse :

Adresse : (si différente du père)

N° de téléphone domicile ___/___/___/___/___

N° de téléphone domicile ___/___/___/___/___

N° de téléphone portable ___/___/___/___/___

N° de téléphone portable ___/___/___/___/___

N° de téléphone travail ___/___/___/___/___

N° de téléphone travail ___/___/___/___/___

Profession du père : _____

Profession de la mère : _____

Email du père : _____@_____

Email de la mère : _____@_____

Autorité parentale :

Père Mère Les deux Autres

Si Autorité parentale « Autres », veuillez préciser le Nom, Prénom, l'adresse et le N° de téléphone de la personne :

En cas de décision d'un Juge aux Affaires Familiales concernant l'exercice de l'autorité parentale et les modalités de garde de l'enfant (droits de visite, garde alternée...) merci de nous fournir une photocopie du document.

Numéro de sécurité sociale de votre enfant : _____

Adresse de votre Centre de Sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____ Téléphone mutuelle : _____

A dater et signer par le(s) représentant(s) légal(aux), parent(s), tuteur

Date :

Date :

FICHE SCOLAIRE

A remplir par les parents

La scolarité :

Classe fréquentée cette année : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

Adresse email de l'enseignant :@

Ecole ou établissement : _____

Enseignement ordinaire :

Oui

Non

Enseignement adapté : (veuillez préciser)

ULIS école ULIS collège

SEGPA Autres

Aides extérieures :

L'enfant a-t-il été suivi par :	A quelle époque ?	Pendant combien de temps ?
Un orthophoniste		
Un psychologue scolaire		
Autres spécialistes		

L'enfant porte-t-il des lunettes : Oui

Non

L'enfant est-il malentendant : Oui

Non

Quelles autres indications vous semble-t-il utile de préciser ?

Merci de transmettre une copie du bulletin scolaire de l'enfant

DOSSIER MÉDICAL
CONFIDENTIEL



ASSOCIATION REY-LEROUX

CENTRE REY-LEROUX

**LE SEMAINIER
ET
LA FEUILLE DE GOUTS DE LEGUMES ET DES FRUITS**

**A remplir par les parents
SEULEMENT SI**

l'enfant/adolescent a un trouble du comportement alimentaire

Le semainier :

Veillez noter sur la feuille de composition des repas, ce que l'enfant a mangé la semaine avant la consultation.

- Noter sur la feuille ci-dessous :
 - Les horaires des repas
 - La nature des aliments

Ex : viande : rôti de bœuf ..., fromage : camembert...

 - Les matières grasses que vous rajouter

Ex : une noix de beurre, une cuillère à café de crème...
- Evaluer approximativement les quantités en cuillères, en verre, en bol...
- Noter si le repas a été pris à l'extérieur du domicile

La feuille de goûts de légumes et des fruits :

Veillez cocher chaque réponse (tableau pages suivantes)

COMPOSITION DES REPAS DE LA SEMAINE de**du****au****lundi****mardi****mercredi****jeudi****vendredi****samedi****dimanche****PETIT
DÉJEUNER****DÉJEUNER****GOUTER****DINER****GRIGNOTAGE**

NOM : Prénom : Date :

<i>Aliments</i>	<i>J'aime</i>	<i>Je n'aime pas</i>	<i>Je ne connais pas</i>	<i>Aliments</i>	<i>J'aime</i>	<i>Je n'aime pas</i>	<i>Je ne connais pas</i>
<u>légumes en vinaigrette</u>				<u>légumes verts cuits</u>			
asperges				aubergine			
avocat				brocolis			
betterave				carottes			
carottes râpées				céleri branche			
céleri râpé				céleri rave			
champignon cru				champignons			
choux blanc râpé				choux de Bruxelles			
choux fleurs				choux fleur			
choux rouge râpé				côtes de blettes			
cœur de palmier				courgettes			
concombre				endives cuites			
endives en salade				épinards			
fond d'artichaut				haricots verts			
haricot verts vinaigrette				navets			
macédoine vinaigrette				Petits pois			
poireaux vinaigrette				poêlée de légumes			
radis				poireaux			
salade verte				ratatouille			
soja				salsifis			
tomates				tomate au four			
<u>fruits</u>				<u>fruits</u>			
abricot				mirabelle			
ananas				nectarine			
banane				orange			
cerise				pamplemousse			
clémentine				pastèque			
fraise				pêche			
kiwi				poire			
litchi				pomme			
mangue				prune			
melon				raisin			

DOSSIER MEDICAL

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin prescripteur :

DATE : ____/____/____

NOM de l'enfant: _____ PRÉNOM de l'enfant: _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

POIDS : _____ (kg)

TAILLE : _____ (m)

INDICE DE MASSE CORPORELLE (P/T²) : _____ (kg/m²)

Motif de la demande d'admission et prises en charge demandées :

Histoire de la maladie :

ALLERGIES :

a) Médicamenteuse : Oui Non

Si oui, précisez : _____

b) Alimentaire : Oui Non

Si oui, précisez : _____

c) Autres allergies : Oui Non

Si oui, précisez : _____

d) L'enfant a-t-il déjà eu un bilan allergologique : Oui Non

Si oui, résultats : _____

e) L'enfant a-t-il déjà eu une désensibilisation : Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

A LA NAISSANCE

Poids / Taille à la naissance :

Terme :

Allaitement maternel : Oui Non

Si oui, durée : _____

VACCINATIONS

Pour son arrivée dans l'établissement, l'enfant est-il à jour pour les vaccins obligatoires

DTCPolio et ROR ? Oui Non

Et pour les vaccins contre le méningocoque C Oui Non

contre l'hépatite B Oui Non

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A - PATHOLOGIE CARDIAQUE : Oui Non

Si oui, veuillez préciser? _____

B - PATHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE : Oui Non

Dans le cadre d'une hospitalisation pour troubles du comportement alimentaire, et pour permettre à l'enfant de pratiquer les activités physiques pendant le séjour, il est indispensable d'avoir un avis spécialisé en fonction des antécédents de votre patient.

Si oui, veuillez préciser? _____

C – AUTRES PATHOLOGIES: Oui Non

Si oui, veuillez préciser? _____

D – HOSPITALISATIONS ANTERIEURES (date et motif) :

E–TRAITEMENT EN COURS :

Si traitement se munir le jour de l'admission de l'ordonnance

F- SOINS INFIRMIERS REQUIS

Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oxygène au long cours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gastrostomie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sonde urinaire ou KT	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Auto-sondage urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hétérosondage urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Perfusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Glycémie capillaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Chimiothérapie : Oui Non

Pansements : Oui Non

Temps réfection pansement :

Fréquence pansement :

Voie veineuse (PICC/PAC/KTC) Oui Non

Stomie urinaire – intestinale Oui Non

Autre (préciser) :

G-Rééducation (rythme) : (joindre bilans des rééducateurs) :

H - TRANSFUSION au cours des 12 derniers mois : Oui Non

I – TABAGISME : Oui Non

Autres addictions : Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

J – Dépendance fonctionnelle :

Niveaux (*)	1	2	3	4	Commentaires
Habillage + toilette					
Déplacement					
Alimentation					
Contenance					
Relation – Communication					
Comportement					

(*) **Niveau 1** : indépendance complète **Niveau 2** : supervision ou arrangement **Niveau 3** : assistance partielle **Niveau 4** : assistance totale

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Interventions chirurgicales : Oui Non

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ANTÉRIEURE ET/OU EN COURS

L'enfant a-t-il déjà eu un suivi psychologique : Oui Non

Par quel professionnel : Psychologue Psychiatre

Nom, adresse et téléphone de ce professionnel :

Année(s) du suivi : _____

Joindre un compte rendu médical du suivi par le professionnel concerné OU un résumé de ce suivi par le Médecin prescripteur du séjour

PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE ET SOCIALE

L'enfant bénéficie-t-il d'une mesure d'AEMO : Oui Non
(AEMO : Action Educative En Milieu Ouvert)

Nom, adresse et téléphone de l'éducateur :

La famille est-elle suivie par une assistante sociale : Oui Non
Nom, adresse et téléphone de l'assistante sociale :

Aide Educative à Domicile (AED): Oui Non

ALIMENTATION

L'enfant suit-il une alimentation spécifique ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Son alimentation est-elle partiellement ou totalement par nutrition entérale ?
Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il une allergie alimentaire ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des évictions alimentaires pour raison religieuse ?
Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des difficultés pour mastiquer, pour déglutir ou pour boire?
Oui Non

Si oui, précisez : _____

Quelle est la texture de son alimentation :

Normale Hachée Mixée

L'enfant a-t-il besoin d'aide pour manger ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il un comportement particulier par rapport à l'alimentation ?

Oui Non Non Applicable

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il déjà eu un suivi nutritionnel dans un service hospitalier ou en ville?

Oui Non Non Applicable

Si oui, indiquez à quelle date et les coordonnées de la personne ou des personnes qui l'ont suivi : _____

Veillez préciser aux parents que si leur enfant/adolescent a un trouble du comportement alimentaire, il est important de compléter :

- **Le semainier : noter ce que l'enfant a mangé la semaine avant la consultation sur la feuille jointe.**
- **La feuille de goûts de légumes et des fruits : cocher chaque réponse**

Date :

**Cachet du
médecin**