



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 1 sur 13

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR :

Nom du professionnel de santé :

Fonction / Spécialité :

Etablissement / Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Cachet et signature : Date :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDÉE :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Séjour en hospitalisation complète | <input type="checkbox"/> - Séjour de répit (vacances scolaires) |
| <input type="checkbox"/> - Séjour pré / post opératoire (court séjour) | <input type="checkbox"/> - Séjour de réhabilitation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> - Séjour oralité | <input type="checkbox"/> - Séjour REPOP |

Résumé de situation motivant la demande d'admission / objectif du séjour ([projet de soins](#)) :

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

Date d'admission souhaitée dès le :

Durée du séjour envisagée :

[Projet à la sortie](#) :

.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION


CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 2 sur 13

<i>Liste des documents ou pièces à fournir</i>	<i>Commentaires</i>
<input type="checkbox"/> Dossier ci-après dûment renseigné	
<input type="checkbox"/> Copie de la Carte d'identité OU carte de séjour OU passeport du patient	
<input type="checkbox"/> Copie du livret de famille OU extrait d'acte de naissance	
<input type="checkbox"/> Copie de la feuille d'Attestation de droit à la sécurité sociale ( pas la copie de la carte verte de sécurité sociale) <input type="checkbox"/> Copie du protocole de soins pour les ALD <input type="checkbox"/> Bulletin de Situation en cas d'hospitalisations précédentes	
<input type="checkbox"/> Prise en charge étrangère nominative « Centre Pédiatrique des Côtes »	
<input type="checkbox"/> Aide médicale d'état totale :.....	
<input type="checkbox"/> Copie carte Mutuelle recto/verso ou CSS (Complémentaire Solidarité Santé)	
<input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge hospitalière par la Mutuelle	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance Responsabilité civile	
<input type="checkbox"/> Attestation d'allocation d'éducation enfant handicapé	
<input type="checkbox"/> Ordonnance de placement	
<input type="checkbox"/> Ordonnance « droit de garde »	
<input type="checkbox"/> Comptes-rendus médicaux à joindre impérativement	
<input type="checkbox"/> Comptes-rendus opératoires	
<input type="checkbox"/> Comptes-rendus de rééducation	
<input type="checkbox"/> Ordonnances médicales de sortie / prescriptions médicales à joindre impérativement	
<input type="checkbox"/> Courbe staturo-pondérale	
<input type="checkbox"/> Carnet de santé (le jour de l'arrivée)	
<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité	



Il appartient à la famille d'informer la **MDPH et la CAF** de l'hospitalisation de leur enfant afin que ses droits soient de nouveau étudiés

	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES 9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56	ENG PCP 114
		Version : 10
		Date : 06/2024
		Page 3 sur 13

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MUTUELLE

Votre enfant va séjourner au Centre Pédiatrique des Côtes, vous devez donc prendre contact avec votre Mutuelle afin d'obtenir une prise en charge, s'il n'est pas bénéficiaire de l'AEEH ou de la CSS.

Vous devez les informer qu'un séjour est programmé au Centre Pédiatrique des Côtes, en précisant la date d'entrée, la durée du séjour ainsi que :

- le code FINESS de l'établissement : 780 6300 26.
- Le code DMT : *se renseigner auprès du personnel de l'accueil administratif*

Ce document doit être impérativement en votre possession, ou parvenir au service administratif au plus tard le jour de l'admission (N° Fax : 01.39.24.18.28), dans le cas contraire la facture vous sera adressée.

Si vous rencontrez des difficultés pour l'obtention de ce document, merci de contacter Mme Joanie GUILLAUME ou Mme Idalina DA VEIGA au 01.39.24.18.00.

Cordialement.

Le Service des Admissions.



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 4 sur 13

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

L'ENFANT : Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Code Postal et Ville de naissance :
Sexe : masculin féminin Nationalité :
Adresse habituelle :
Téléphone : N° de portable :

Représentant légal 1 : Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone : N° de portable :
Profession :
Adresse mail :

J'autorise le personnel du Centre des Côtes à transmettre mon mail à la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de recevoir le questionnaire de satisfaction à la sortie de mon enfant de l'établissement. Oui Non

Représentant légal 2 : Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone : N° de portable :
Profession :
Adresse mail :

J'autorise le personnel du Centre des Côtes à transmettre mon mail à la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de recevoir le questionnaire de satisfaction à la sortie de mon enfant de l'établissement. Oui Non

AUTRE SERVICE GARDIEN : Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : Mail :

SÉCURITÉ SOCIALE : Nom et Prénom de l'assuré(e) :
N° de sécurité sociale :
Adresse de la caisse de sécurité sociale :
Nom et adresse de la Mutuelle ou Assurance complémentaire :
Nom de l'adhérent : N° d'adhérent :
Demande de prise en charge Mutuelle :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 5 sur 13

FICHE MÉDICALE

L'ENFANT : Nom : Prénom :

Antécédents Principaux :

Motif de la demande d'admission :

Poids : Taille : **Risque Aspergillaire** : Oui Non (Travaux d'extension en cours)

Autonomie :

- Pour les déplacements / marche :
- Pour l'alimentation :
- Pour la continence :
- Pour la communication :

Handicap sensoriel : Surdité Malvoyance Appareillage : Oui Non

Suivi psychologique : Lieu actuel :

Traitements en cours :

- Médicamenteux.....
- Régime alimentaire :
- R ducation :

Appareillages :

- Respiratoire : Trachéotomie Type :
- Oxygène Débit :
- Ventilation Type :
Durée par 24 heures :
- Gastrostomie
- SNG Jéjunostomie Corset Fauteuil Roulant
- Autres :

Séjours Précédents en Centre de Soins de Suite : Oui Non

Détailler :

Projet thérapeutique :

Durée Approximative de prise en charge :

L'enfant a-t-il d j bénéficié d'un suivi :

- En orthophonie : Oui Non Si oui joindre les derniers comptes-rendus
- En psychomotricité : Oui Non Si oui joindre les derniers comptes-rendus
- En psychologie : Oui Non Si oui joindre les derniers comptes-rendus
- Autres (Préciser) :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 6 sur 13

CONSENTEMENT MEDICAL

Je soussigné

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable légal

De l'enfant :

NOM : **PRÉNOMS** :

Date de Naissance :

Autorise l'admission de mon enfant au Centre Pédiatrique des Côtes.

Autorise les Médecins du Centre Pédiatrique des Côtes à :

- Entreprandre les traitements ou les examens spécialisés (1) qu'ils jugeront nécessaires,
- Autoriser la pratique d'activités sportives dans le cadre d'une réadaptation cardiaque à l'effort (entraînement au vélo, parcours sportif en salle et balnéothérapie),**
- Faire pratiquer une intervention chirurgicale et prendre les décisions d'investigations et d'anesthésie générale en cas d'urgence,
- Pratiquer les vaccinations recommandées mais non obligatoires, en particulier (2) :

HEPATITE A	MENINGO C	GRIPPE	VARICELLE	PAPILLOMAVIRUS	BCG
------------	-----------	--------	-----------	----------------	-----

- Autoriser si nécessaire les médecins du Centre à entreprendre les démarches nécessaires pour le transfert de mon enfant auprès d'un autre Hôpital et notamment d'un Centre adapté à son âge et à son handicap lorsqu'il aura atteint l'âge limite de prise en charge.
- Enregistrer les données médicales de mon enfant dans un dossier médical informatisé (Dossier Médical hébergé dans le Centre).
- Enregistrer les données administratives (identité, coordonnées...) dans un dossier informatisé (hébergé par la Société SOFTWAY, hébergeur de Santé agréé par la Haute Autorité de Santé).
- Prendre des rendez-vous de consultations extérieures pour mon enfant sur Doctolib ou autre plate-forme de prise de rendez-vous.

Je reconnais avoir reçu des Médecins les informations appropriées relatives aux examens complémentaires envisagés, aux traitements de mon enfant et aux orientations possibles concernant sa prise en charge ultérieure.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions complémentaires relatives à sa maladie et il m'a été répondu de façon satisfaisante à toutes mes questions.

Les détenteurs de l'Autorité Parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui doivent lui être prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Fait à

Le

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Signature du Tuteur/
Responsable légal :

Signature de l'Enfant :

(Lu et Approuvé)

(Lu et Approuvé)

(Lu et Approuvé)

(Lu et Approuvé)

(1) y compris, si nécessaire, et dans le respect de la Confidentialité, la recherche de certaines maladies infectieuses virales (Hépatite, HIV etc...)

(2) Rayer les vaccins refusés



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 7 sur 13

AUTORISATIONS DIVERSES

Nous, soussignés

demeurant à

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable légal

Indiquons que l'enfant:

NOM : **PRÉNOMS** :

Date de Naissance :

Est autorisé : *(Entourer la réponse souhaitée)*

Autorisations Sorties et Transports :

OUI	NON	A participer aux sorties et activités éducatives organisées et encadrées par le personnel de l'établissement
OUI	NON	A être transporté(e) seul(e) par des taxis Conventionnés, des ambulances pour les consultations ou les retours à domicile lors des permissions thérapeutiques ou transferts
OUI	NON	A prendre les transports en commun seul(e) pour permissions thérapeutique, scolarité (indispensable si scolarité au Collège)

Autorisation de prise de vue et utilisation d'images :

OUI	NON	A être photographié(e) par des membres du personnel du Centre pour sécuriser l'identification de votre enfant dans le cadre de l'identitovigilance et de la sécurité des soins (photo sur le dossier informatisé de l'enfant et sur la porte de sa chambre)
OUI	NON	A être photographié(e) par des membres du personnel du Centre dans le cadre des activités pédagogiques ou éducatives (constitution d'un cahier de vie, exposition interne...)
OUI	NON	A figurer sur les photos de groupe prises dans le cadre du séjour et transmises à l'intention des autres parents d'enfants hospitalisés sur la même période, présents sur la photo (dans le cahier de vie)
OUI	NON	A être photographié(e) par des professionnels et autorise l'utilisation éventuelle des photos à titre de parution dans la presse écrite et audio-visuelle et sur le réseau internet
OUI	NON	A être photographié(e) par des professionnels et autorise l'utilisation éventuelle des photos à titre de diffusion sur les réseaux sociaux du Centre : Facebook / Instagram /Linkedin / Youtube

Le bracelet d'identification : La vérification de l'identité de l'enfant est indispensable tout au long de son hospitalisation pour assurer la sécurité des soins qui lui seront dispensés. A son arrivée au sein de l'unité de soins un bracelet d'identification lui sera mis, il comporte uniquement des informations liées à son identité et son unité d'accueil. Ce bracelet permet à l'ensemble des professionnels de s'assurer de son identité tout au long de son séjour et plus particulièrement avant la réalisation d'un soin ou d'un examen.

Fait à Le

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Signature du Tuteur / Responsable légal:



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 8 sur 13

AUTORISATIONS DE VISITES ET DE SORTIES

AU CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES

Je soussigné (e)

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Responsable légal

de l'enfant:

NOM : **PRÉNOMS** :

Date de Naissance :

Autorise les personnes suivantes à lui rendre visite au Centre Pédiatrique des Côtes ET/OU à le sortir de l'établissement :

NOM	PRENOM	VISITE (Cocher)	SORTIE (Cocher)	LIEN DE PARENTE

Fait à Le

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Signature du Tuteur / Responsable légal:



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 9 sur 13

FICHE SOCIALE ET EDUCATIVE

L'ENFANT : Nom : Prénom :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

Mariés Pacsés Vie maritale Séparés Divorcés Veuf(ve)

 *En cas de divorce ou de jugement officiel, joindre obligatoirement une copie du jugement.*

Autorité parentale conjointe :

Autorité parentale exclusive pour le père la mère autre :

La mère a le : Droit de visite Droit d'hébergement Droit de téléphoner

Le père a le : Droit de visite Droit d'hébergement Droit de téléphoner

FRATRIE :

Noms et Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Lieu de naissance	Au domicile (oui/non)

Autres personnes vivant au domicile :

Observations sur la structure familiale :

SUIVI PAR UN SERVICE EDUCATIF :

Mesure de protection : Oui Non

Si oui précisez pour quelle mesure :

Placement judiciaire Placement administratif AEMO MIJE AED

Evaluation Service du département

Coordonnées du service :

Téléphone.....

Adresse.....

Mail.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 10 sur 13

FICHE SCOLAIRE

L'ENFANT : Nom : Prénom :

Date de naissance :/..... / Sexe : masculin féminin

COORDONNÉES DE L'ÉCOLE D'ORIGINE ET NUMERO DE TELEPHONE :

Niveau actuel : PS / MS / GS / CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2 Autre :
6^{ème} / 5^{ème} / 4^{ème} / 3^{ème} Autre :

Nom de l'enseignant(e) :

Aménagement scolaires en cours (AVS, ordinateur, emploi du temps aménagé, autres....) :.....

PARCOURS SCOLAIRE

Année scolaire	Etablissement fréquenté (nom et commune)	Classe
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		
20..... / 20.....		

L'enfant a-t-il déjà redoublé ? Si oui, quelle classe ?

SI L'ENFANT ARRIVE D'UN AUTRE HÔPITAL :

Nom de l'hôpital :

Nom de l'enseignant(e) + Mail de l'hôpital :

Primaire classe : collège classe :

À QUI ADRESSER LES RÉSULTATS SCOLAIRES :

Les parents

Adresse :

Le père

Adresse :

La mère

Adresse :

Le tuteur

Adresse :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56



ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 11 sur 13

HABITUDES DE VIE

J'aime 	Je n'aime pas 

Mes codes de communication

--



Ce qui me détend et me calme

--

Ce qui me fait mal et comment je l'exprime

--

Mes habitudes de vie dans mon unité

	Recommandations 	Je n'aime pas 
Sommeil		
Hygiène		
Déplacement		



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 12 sur 13

Mes habitudes alimentaires

Mes aliments préférés	
Mes aversions	
Régime médical particulier (sans sel, diabétique...), texture (mixé lisse mouliné...), eau normale ou gélifiée	
Régime personnel	<input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc

Merci de bien compléter ces informations sur les habitudes et besoins du patient, notamment lorsque celui-ci vit avec un handicap, une moindre autonomie, ou est atteint d'une maladie chronique, elles sont très utiles à la prise en compte dans le projet de soins des besoins spécifiques du patient.

MODALITÉS D'ACCUEIL À LA MAISON DES FAMILLES

Feuillet 1 : à retourner avec le dossier

Nom, prénom de la personne hébergée :

Date d'arrivée :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Séjour en hospitalisation complète | <input type="checkbox"/> - Séjour de répit (vacances scolaires) |
| <input type="checkbox"/> - Séjour pré / post opératoire (court séjour) | <input type="checkbox"/> - Séjour de réhabilitation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> - Séjour oralité | <input type="checkbox"/> - Séjour REPOP |

- Réservation d'une chambre : OUI NON

- Réservation de repas : OUI NON

- Durée du séjour souhaitée :

- Nombre de personnes : (Maximum 2)

- Prise en charge financière par : Famille Sécurité sociale Caisse étrangère
Services sociaux ou associations caritatives Après évaluation

- **Si Prise en charge par un tiers, l'attestation de prise en charge doit être fournie à l'admission.**



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE PEDIATRIQUE DES COTES
9 Chemin des Côtes Montbron 78350 LES LOGES EN JOSAS
Tél : 01.39.24.18.18 / Fax : 01.39.56.84.56

ENG PCP 114

Version : 10

Date : 06/2024

Page 13 sur 13

MODALITÉS D'ACCUEIL À LA MAISON DES FAMILLES



Feuillet 2 : à conserver par la famille



Par manque d'infrastructure adaptée, la maison des familles ne peut accueillir dans de bonnes conditions les parents atteints d'une maladie grave ou contagieuse et les femmes enceintes.

Tarifs : (Susceptibles de modifications)

Chambre :

- Chambre pour une personne (une nuit) : 10 €
- Chambre pour deux personnes (une nuit) : 15 €
- Chambre partagée par deux personnes (deux familles) (une nuit) : 5€

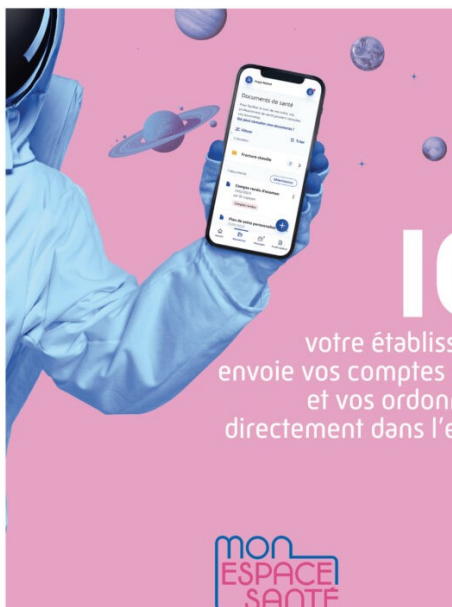
Repas : obligatoirement à la charge de la famille sauf cas particulier. Possibilité d'utiliser le micro-ondes et le réfrigérateur de la cuisine de la maison des familles. Le règlement se fait au début du séjour lors de la remise des clés de la chambre.

- Petit déjeuner : 3 €
- Déjeuner : 7 €
- Dîner : 6 €



La réservation doit systématiquement se faire 48h à l'avance à l'accueil (bâtiment situé à l'entrée du Centre).

Le paiement doit être effectué lors de l'admission !



« **Mon espace santé** » est un espace numérique personnel et sécurisé, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé. Il vous permet de stocker vos informations médicales et les partager avec les professionnels de santé qui vous soignent en respectant votre consentement.

Le Centre Pédiatrique des Côtes déploie la transmission des documents relatifs au parcours de soins dans «[Mon Espace Santé](#)» et envoie vos Comptes-rendus d'hospitalisation, lettre de liaison et ordonnances de sortie dans votre Dossier Médical Partagé dans Mon espace Santé.