



MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE

DOSSIER D'ADMISSION

1 - VOLET ADMINISTRATIF

(A compléter par les représentants légaux du patient)

2 - VOLET MEDICAL

(A compléter par le médecin adresseur)

3 - QUESTIONNAIRES A L'ATTENTION DU FUTUR PATIENT

4 - DOCUMENTS ANNEXES

*(Autorisations à compléter par les représentants légaux
et à joindre au dossier d'admission)*



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

DOSSIER D'ADMISSION

Checklist :

Le dossier complet d'admission doit nous parvenir dans les meilleurs délais et doit obligatoirement comporter :

- Le **Volet Médical** du dossier d'admission (à faire compléter par le médecin adresseur) ;
 - La « **demande d'accord préalable pour admission en service de soins** » de votre médecin traitant prescrivant une hospitalisation médicale à la MEDT ;
 - La copie de l'**attestation d'assuré social** à jour ;
 - La copie **recto/verso**, à jour, de votre **carte mutuelle**, de l'assurance complémentaire ou de l'ACSS (Complémentaire Santé Solidaire) ;
 - L'attestation d'**assurance de responsabilité civile** pour l'année en cours ;
 - La copie des **résultats biologiques, comptes-rendus médicaux et paramédicaux** ;
 - La copie intégrale du **carnet de santé**, comprenant : la page des données de la naissance, toutes les pages où figurent des données manuscrites écrites par les médecins (poids, tailles, observations etc.), la photocopie des courbes de taille, poids et indices de masse corporelle (IMC), les vaccinations, les hospitalisations ;
 - La copie des **ordonnances de traitement en cours**.
-
- Le **Volet Administratif** du dossier d'admission (à remplir par le responsable légal) ;
 - Les questionnaires** à l'attention du futur patient, à compléter par le patient ;
 - Les annexes** (différentes autorisations et imprimés à compléter par les parents et le patient) ;
 - Une photocopie **recto/verso de la carte d'identité** de votre enfant ;
 - La photocopie du **livret de famille parents et enfant(s)** ;
 - En cas de séparation ou de divorce, joindre la photocopie du dernier **jugement du Juge aux Affaires Familiales (JAF)**, s'il s'agit d'un premier séjour ;
 - La copie du **jugement du Juge des enfants**, le cas échéant ;
 - La notification MDPH le cas échéant**
 - Les 3 derniers bulletins scolaires de votre enfant, pour les demandes en année scolaire ;

ENVOI DU DOSSIER :

- **Adresse postale**

Maison d'Enfants Diététique et Thermale
Service des Admissions
1275, rue de Provence
65130 CAPVERN-LES-BAINS
Tél : 05 62 40 90 90

- **Par courriel électronique : secretariat@medt.fr**



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

Trousseau de vêtements recommandé

ATTENTION : veillez à adapter le vestiaire en fonction de la saison et prévoir la quantité nécessaire de vêtements pour 15 jours.

Le marquage des vêtements est OBLIGATOIRE (Nom, Prénom).

Quantité	VÊTEMENTS	Pointage
15	Sous-vêtement (culottes/slips/caleçons)	
15	Paire de chaussettes (<i>dont 6 paires pour le sport</i>)	
8	Soutien-gorge / brassière (<i>dont 4 pour le sport</i>)	
15	Tee-shirt manches courtes ou longues (<i>dont 5 pour le sport</i>)	
8	Pull / sweat-shirt (<i>dont 3 pour le sport</i>)	
10	Pantalon / jupe / leggings / short ...	
1 ou 2	Veste ou manteau	
2	Pyjama	
CHAUSSURES		
2	Paire de chaussures d'été (<i>séjour été</i>)	
1	Paire de chaussures de sport avec amorti talon	
1	Paire de pantoufles ou tong	
1	Vieille paire de chaussures de sport qui ne craignent pas d'être salies et mouillées	
NÉCESSAIRE DE TOILETTE		
1	Brosse à dents, dentifrice et verre à brosse à dents	
4	Serviette de toilette (2 petites + 2 grandes)	
1	Shampoing, gel douche	
1	Déodorant à bille (<i>les aérosols ne sont pas autorisés</i>) ou stick	
Lots	Protections périodiques	
MATERIEL DE SPORT		
1	Gourde (métallique si possible et marquée des initiales du patient)	
1	Casquette	
1	Paire de lunettes de soleil	
1	Sac à dos	
1	Veste coupe-vent et imperméable	
1	Maillot de bain (<i>short pour garçon interdit à la piscine</i>), bonnet de bain	
MATÉRIEL DIVERS		
1	Crème solaire haute protection (indice 50) (<i>tous les séjours</i>) Grand-format	
	Matériel scolaire et Trousse avec : stylos, crayons à papier, gomme, crayons de couleurs, feutres	
VÊTEMENTS SPÉCIFIQUES À LA SAISON D'HIVER		
1	Combinaison ou pantalon de ski	
1	Anorak	
1	Paire de gants de ski	
1	Paire de lunettes de ski	



MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE

1 - VOLET ADMINISTRATIF



VOLET ADMINISTRATIF

A compléter par les représentants légaux du patient

COORDONNEES DE L'ENFANT		
NOM :	Prénom(s) :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nationalité :
Né(e) le :	À :	Département :
Adresse du domicile principal :		
Code postal :	Ville :	
N° Portable de l'enfant :		

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX			
P E R E	Nom :	Adresse complète :	Tel. Domicile :
	Prénom :		Tel. Portable :
	Né le :		Tel. Travail :
	À :		
	Dépt :		Email :
Profession :			
M E R E	Nom :	Adresse complète :	Tel. Domicile :
	Prénom :		Tel. Portable :
	Née le :		Tel. Travail :
	À :		
	Dépt :		Email :
Profession :			

SITUATION FAMILIALE		
<input type="checkbox"/>	Parents en couple	
<input type="checkbox"/>	Parents séparés	<i>date :</i>
<input type="checkbox"/>	Parents divorcés	<i>date :</i>
<input type="checkbox"/>	Parent veuf (veuve)	<i>date :</i>
<input type="checkbox"/>	Famille monoparentale :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Famille recomposée :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>

AUTORITE PARENTALE		
Conjointe <input type="checkbox"/>	Exclusive Mère <input type="checkbox"/>	Exclusive Père <input type="checkbox"/>
Si autre à préciser ci-dessous :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Lien de parenté :		
N° de téléphone :		
Adresse du domicile :		
Code Postal :	Ville :	

Si les parents sont séparés/divorcés : Joindre une copie du jugement

COMPOSITION DE LA FRATRIE (Par ordre de naissance, patient inclus)

Nom	Prénom	Date de naissance	Remarques

PERSONNES VIVANT AU SEIN DU FOYER

Nom	Prénom	Lien de parenté

CONTEXTE SOCIAL DE L'HABITAT

Type de logement : Maison Appartement Autre
 Ville Village Isolé Péri-urbain

Nombre de chambres dans le logement :

OUVERTURE DES DROITS : VOTRE COUVERTURE SOCIALE

(Joindre la photocopie de l'attestation de votre organisme d'assurance maladie)

Nom / Prénom de l'assuré(e) :

Régime Général Régime Agricole Régimes Spéciaux

Bénéficiaire Complémentaire Santé Solidaire

N° Matricule de SS :

Adresse de votre caisse de régime obligatoire :

VOTRE MUTUELLE

(Joindre la photocopie de votre carte mutuelle recto/verso)

Nom / Prénom de l'adhérent :

Numéro d'adhérent :

Nom de votre Mutuelle :

Adresse de votre Mutuelle :

SITUATION SCOLAIRE DU PATIENT

- **Classe fréquentée actuellement :** _____

1^{ère} langue :

2^{ème} langue :

Options particulières :

- **Coordonnées de l'Établissement actuellement fréquenté par l'enfant et détenant le dossier scolaire :**

Nom et adresse de l'établissement scolaire :

- **Votre enfant est-il inscrit dans un dispositif spécifique (Classe Ulis, Segpa ...) ?** Oui Non

Si Oui, préciser lequel :

- **Orientation envisagée pour la prochaine rentrée scolaire :**

- **Points forts de sa scolarité** (*intérêt pour sa scolarité, matières, relationnel ...*) :

- **Des difficultés particulières** (*absentéisme, difficultés scolaires, difficultés relationnelles avec les autres élèves, isolement, moqueries, harcèlement, difficultés avec les enseignants...*) :

- **Classe(s) redoublée(s) le cas échéant :**

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un dispositif MDPH** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

Oui

Non

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement dans le cadre scolaire** (*ex : PAP, PAI, PPRE ...*) ?

Oui

Non

Si Oui, préciser lequel :

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'une Aide Humaine (AVS) ?** Oui Non

Si Oui, cette aide est-elle individuelle ? Oui Non

Combien d'heures par semaine ?

Pour quelle(s) matière(s) ?

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'une aide matérielle** (*ex : ordinateur, tablette ...*) ? Oui Non

Si Oui, préciser laquelle :

- **Autres renseignements scolaires que vous pensez pertinents de communiquer à l'équipe pluridisciplinaire :**

Joindre les photocopies des bulletins scolaires de l'année écoulée et de l'année en cours.

Important : Si votre enfant bénéficie d'un accompagnement scolaire spécifique dans le cadre d'une notification MDPH, joindre impérativement une copie de la notification.

PRISE EN CHARGE EDUCATIVE ET SOCIALE DU PATIENT

Votre enfant bénéficie-t-il d'une mesure d'accompagnement spécifique ? **Oui** **Non**
(Exemples : AED, AEMO, Suivi CMP, CMPP, Etablissement spécialisé, Famille d'Accueil, autre service social, éducatif ...)

Si Oui, préciser laquelle :

Coordonnées du service qui intervient :

Nom du professionnel intervenant :

La famille bénéficie-t-elle d'un accompagnement spécifique par un service social ?

Oui **Non**

(Exemples : assistante sociale, tuteur, technicien de l'intervention sociale et familiale, auxiliaire de vie ...)

Coordonnées du service qui intervient :

Nom du professionnel intervenant :

OBSERVATIONS, RECOMMANDATIONS

Pouvez-vous préciser dans ce tableau les personnes, autres que vous, ayant votre autorisation pour visite, hébergement et/ou transport

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Visite autorisée Oui / Non	Hébergement autorisé Oui / Non	Transport autorisé Oui / Non

AUTRES ELEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER A NOTRE CONNAISSANCE

Date :

Signature des parents (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)



MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE

2 - VOLET MÉDICAL

(A compléter par le médecin adresseur)



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

VOLET MÉDICAL

A compléter par le médecin adresseur

LE PATIENT

NOM : Prénom(s) : Sexe : F M
Né(e) le : à : Département :
Adresse :
Code postal : Ville :

1- ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Père	Mère	1 ^{er} enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Age						
Poids						
Taille						
IMC						
Sexe			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES FAMILIAUX

	Père	Mère	Grands-parents paternels	Grands-parents maternels
Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes cardio-vasculaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2- ANTECEDENTS PERSONNELS DU PATIENT

Poids à la naissance :	Taille à la naissance :	Terme :
Durée de l'allaitement maternel (le cas échéant) :		
Age de la diversification alimentaire :		
PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE	COMMENTAIRES	
✓ Epilepsie		
✓ Maladie neuro-musculaire		
✓ Retard psychomoteur		
✓ Autre(s)		

PATHOLOGIE ENDOCRINIENNE		COMMENTAIRES	
<input checked="" type="checkbox"/> Diabète			
<input checked="" type="checkbox"/> Dysthyroïdie			
<input checked="" type="checkbox"/> Puberté précoce			
<input checked="" type="checkbox"/> Autre			
PATHOLOGIE CARCINOLOGIQUE		COMMENTAIRES	
AUTRE(S) PATHOLOGIE(S)		COMMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Pathologie osseuse	<input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/> Allergie(s) (précisez)	
<input type="checkbox"/> Port de lunettes	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Asthme
PRISES MEDICAMENTEUSES ASSOCIEES			
<input type="checkbox"/> Dépakine	<input type="checkbox"/> Autre anticonvulsivant	<input type="checkbox"/> Corticoïde oral	<input type="checkbox"/> Antihistaminique
<input type="checkbox"/> Neuroleptique	<input type="checkbox"/> Antidépresseur	<input type="checkbox"/> Anxiolytique	<input type="checkbox"/> Autres

3- HISTORIQUE DE L'OBESITE	
Age du rebond d'adiposité :	
Age du début de l'obésité :	
Facteurs déclenchants :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Accident ou maladie de l'enfant	
<input checked="" type="checkbox"/> Accident/maladie/décès d'un proche	
<input checked="" type="checkbox"/> Eloignement du domicile familial	
<input checked="" type="checkbox"/> Difficultés sociales ou familiales de l'entourage	
<input checked="" type="checkbox"/> Déménagement	
<input checked="" type="checkbox"/> Autres	
PRISES EN CHARGE MEDICALES /PARAMEDICALES (Si oui, précisez le nom et les dates)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pédiatre	
<input checked="" type="checkbox"/> Médecin traitant	
<input checked="" type="checkbox"/> Diététicienne	
<input checked="" type="checkbox"/> Endocrinologue/Nutritionniste	
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation en Centre	
<input checked="" type="checkbox"/> Journée d'Education Thérapeutique	

✓ Hôpital de jour	
✓ Autre(s)	
COMPORTEMENT PSYCHOLOGIQUE	COMMENTAIRES
✓ Troubles anxieux	
✓ Troubles dépressifs	
✓ Instabilité psychologique	
✓ Troubles du comportement	
✓ Troubles du sommeil /Appareillage	
✓ Boulimie/Hyperphagie	
✓ Restriction alimentaire	
✓ Autre(s) :	
PRISE EN CHARGE SPECIALISEE	Si OUI précisez les coordonnées du praticien
Prise en charge psychologique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prise en charge pédopsychiatrique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prise en charge orthophonique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Prise en charge psychomotricienne : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4- EXAMEN CLINIQUE

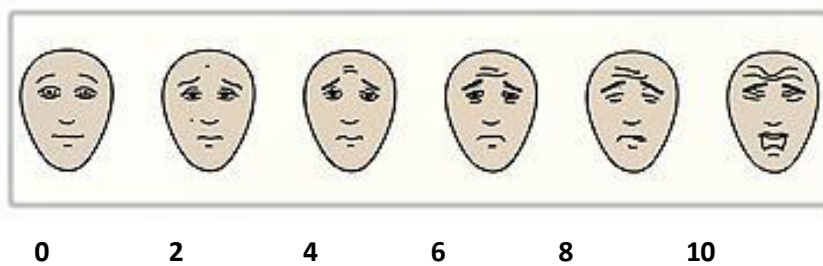
Age du patient :	
Poids actuel :	
Taille :	
IMC :	
Stade pubertaire :	
✓ Pilosité	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/>
✓ Seins	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/>
✓ Testicules	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/>
Age des premières règles :	
Trouble des règles : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui précisez :	
Tension artérielle :	

COMPLICATION(S) DE L'OBESITE			
✓ Vergetures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Hypersudation et mycose des plis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Gynéco/adipomastie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Hirsutisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Acanthosis nigricans	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Trouble de la statique vertébrale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Anomalie des membres inférieurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Dyspnées et /ou toux à l'effort	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Carie(s) dentaire(s)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Céphalées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Incontinence urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
✓ Incontinence fécale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
BIOLOGIE (si bilan réalisé) :			
Cholestérol	Total :	HDL :	LDL :
Triglycérides :			
Glycémie :	Insulinémie :	Dysglycémie :	Intolérance au glucose : Diabète :
TSH :			
Transaminases :	GOT :	GPT :	

5- VACCINATIONS (indiquer les dates)	
BCG : Cuti-réaction Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/>	DTCP :
ROR :	Hépatite B :
Autres :	

6- TRAITEMENT EN COURS	
NOM	POSOLOGIE

7- EVALUATION DE LA SOUFFRANCE DU PATIENT EN LIEN AVEC SON OBESITE :



Date :

Cachet /Signature du médecin :



MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE

3 - QUESTIONNAIRES À L'ATTENTION DU FUTUR PATIENT

Bonjour,

Tu envisages un séjour à la MEDT ?

Nous te remercions de compléter ces documents et de nous les renvoyer au plus vite. Ils nous permettront de faire ta connaissance avant de nous rencontrer.

A bientôt ...

« PRENDRE SOIN DE SOI »

Questionnaire sur le Soins
(Auto-évaluation)

Nom : Prénom : Date de naissance :

ET POUR VOUS,
CA VEUT DIRE
QUOI "PRENDRE
SOIN DE SOI" ?

Je cote mon ressenti
J'entoure le chiffre l'indiquant
en m'aidant des smileys
- +

<ul style="list-style-type: none"> • Quand une douleur est présente, je sais comment la soulager 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Je dors bien 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai une bonne hygiène dentaire 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai une bonne hygiène corporelle (douche, hygiène intime, cheveux) 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai une bonne hygiène vestimentaire (vêtements propres, choix vestimentaires adaptés au temps, tri du linge propre, sale) 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai confiance en moi 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • J'apprécie mon corps 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Je sais gérer mes émotions 	 1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Au quotidien, je suis serein(e) 	 1 2 3 4 5

« COMMENT JE MANGE ? »

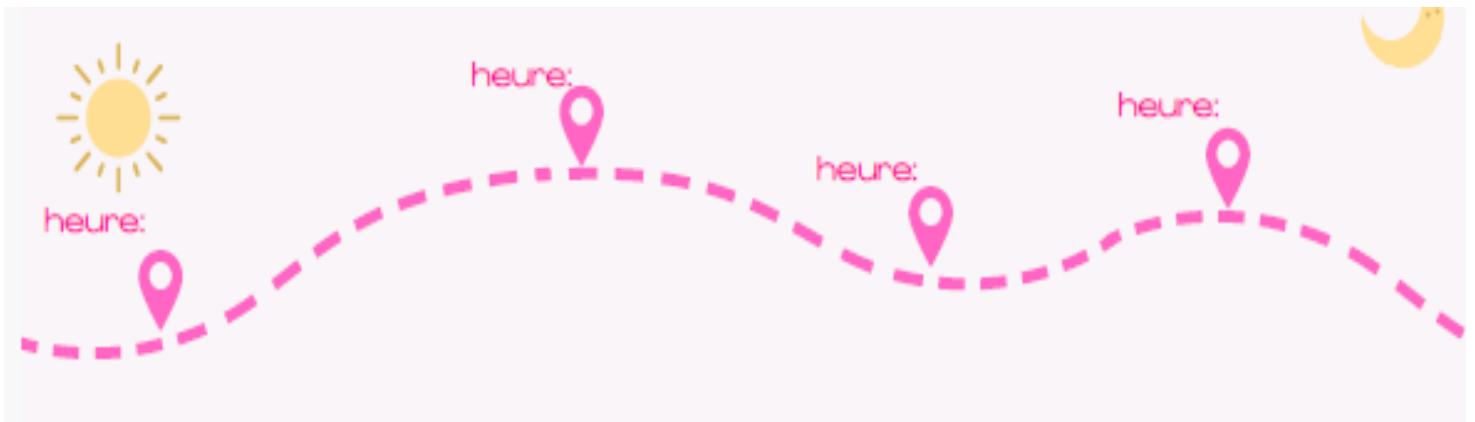
Questionnaire d'auto-évaluation
sur ton niveau de grignotage.

Nom : Prénom : Date de naissance :

NOS INSTRUCTIONS :

Décris une journée "type" sur la courbe ci-dessous :

- Indique tes repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner, grignotages, ...) :
 - Les heures, les lieux (self, maison, ...)
 - Leurs compositions (les menus consommés)
 - La durée du repas (en minutes).
- Entoure ton repas préféré
- Et n'oublie pas de noter sur la courbe tes moments de grignotages...



<input checked="" type="checkbox"/> Quels sont mes points forts : <i>Exemple : je prends mon petit-déjeuner,</i> ...	<input checked="" type="checkbox"/> Quels sont mes difficultés : <i>Exemple : je me couche tard car je reste</i> <i>sur mon téléphone et je grignote, ...</i>

« COMMENT JE BOUGE ? »

(Auto-évaluation du niveau des activités physiques)
hebdomadaires

Nom : Prénom : Date de naissance :

Je réponds aux questions puis je cote mon ressenti sur le thème général nommé dans le tableau
J'entoure le chiffre l'indiquant en m'aidant des smileys

- +

A - Comportement sédentaire						Score
	1	2	3	4	5	
Combien de temps passes-tu assis par jour (école, jeux, tv, ordi, tablette, téléphone...)?	+ de 5h	4 à 5 h	3 à 4 h	2 à 3h	- de 2h	

Mon ressenti sur mon comportement sédentaire	 1 2 3 4 5
--	---------------

B - Activité physique quotidienne						Score
	1	2	3	4	5	
Quelle est l'intensité des activités physiques au collège ou au lycée ?	Très léger	Léger	Modérée	Intense	Très intense	
En dehors de l'école, combien d'heures passes-tu au ménage, bricolage... ?	- De 2h	3 à 4h	5 à 6h	6 à 7h	+ de 10h	
Combien de minutes par jour consacres-tu à la marche ?	- de 15mn	16 à 30 mn	31 à 45 mn	46 à 60 mn	+ de 60 mn	
Combien d'étages montes-tu par jour ?	Moins de 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	Plus de 15	

Mon ressenti sur ma pratique d'activités physiques quotidienne	 1 2 3 4 5
--	---------------

C - Activités physiques de loisirs et sport club						Score
	1	2	3	4	5	
Pratiques-tu une ou des activités physiques ?	Non				Oui	
Combien de fois ?	1 à 2 fois par mois	1 fois semaine	2 fois semaine	3 fois semaine	4 fois semaine	
Combien dure chaque séance ?	Moins de 15 mn	16 à 30 mn	31 à 45mn	46 à 60 mn	+ de 60 mn	
Quel est ton ressenti sur les séances	1 très facile				5 difficile	

Mon ressenti sur ma pratique d'activités physiques de loisirs et sport club	 1 2 3 4 5
---	---------------



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

« QUI SUIS-JE ? COMMENT JE VIS ? »

Questionnaire Educatif
(Auto-évaluation)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Je côte mon ressenti
J'entoure le chiffre l'indiquant en m'aidant
des smileys



MON LIEU DE VIE - MON ENVIRONNEMENT		Score
• Je me sens bien dans ma maison / mon appartement	1 2 3 4 5	
• J'ai un espace personnel pour m'isoler si je le souhaite	1 2 3 4 5	
• Je me sens en sécurité dans l'environnement proche de mon domicile	1 2 3 4 5	
MES RELATIONS FAMILIALES		
• J'ai de bonnes relations avec mes parents	1 2 3 4 5	
• J'ai de bonnes relations avec mes frères et sœurs	1 2 3 4 5	
MES RELATIONS AMICALES		
• J'ai des copains, copines, amis à l'école	1 2 3 4 5	
• J'ai des copains, copines, amis en dehors de l'école	1 2 3 4 5	
• Je suis satisfait(e) de la relation que j'ai avec mes pairs	1 2 3 4 5	
MA VIE QUOTIDIENNE		
• Je sais organiser ma journée	1 2 3 4 5	
• Le rythme de mes journées me paraît équilibré (sommeil, repas, activités, écrans, détente ...)	1 2 3 4 5	
MES LOISIRS - MES CENTRES D'INTERET		
• J'ai des centres d'intérêt, une passion	1 2 3 4 5	
• Je parviens facilement à occuper mon temps libre	1 2 3 4 5	
• Je fais des activités avec ma famille	1 2 3 4 5	
• Je fais des activités avec mes amis	1 2 3 4 5	
MA SCOLARITE		
• J'aime l'école, je porte un intérêt à ma scolarité	1 2 3 4 5	
• Je me sens bien intégré(e) au sein du groupe classe	1 2 3 4 5	
• J'ai de bonnes relations avec les professeurs	1 2 3 4 5	
• Je sais faire mes devoirs seul(e)	1 2 3 4 5	
• Je peux demander de l'aide si je me sens en difficulté pour réaliser mes devoirs	1 2 3 4 5	
• A la maison, j'ai un endroit où je peux travailler, étudier facilement et dans le calme	1 2 3 4 5	

TU ENVISAGES DE REALISER UN SEJOUR A LA MAISON D'ENFANTS DIETETIQUE ET THERMALE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Si ton état de santé nécessite ton hospitalisation, as-tu déjà pensé à la séparation et à l'éloignement avec ta famille, tes amis, ton environnement ? Oui Non

QUE RESSENS-TU PAR RAPPORT A CETTE EVENTUELLE SEPARATION ?

- Je suis inquiet(e)
- Je pense que ce sera difficile
- Je pense que c'est nécessaire
- Je pense que c'est utile
- Je suis confiant(e)
- Autre :

QUELLES SONT TES ATTENTES ?

En quelques lignes, exprime ce que tu attends de ton futur séjour :



.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOUS T'INVITONS AUSSI A REFLECHIR AUX QUESTIONS SUIVANTES :

- Quel est ton plus grand rêve ?
- Qu'est ce qui te met en colère ou te fait peur ?
- Qu'est ce qui n'est pas négociable à la maison pour toi et ta famille ?
- Qu'est ce qui te fait souffrir ?

Nous te remercions de l'intérêt que tu as porté aux différents questionnaires et du temps que tu nous as accordé pour les compléter le plus sincèrement possible.



MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE

4 - DOCUMENTS ANNEXES



ENTRETIEN DU LINGE PERSONNEL DES PATIENTS DURANT LES SEJOURS SUPERIEURS A 15 JOURS

Madame, Monsieur,

Votre enfant,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Intègre un séjour thérapeutique à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale de Capvern les Bains. Le trousseau de votre enfant doit être prévu pour un roulement de deux semaines consécutives. Il vous sera donc nécessaire de lui fournir un dispositif lui permettant de stocker son linge usagé. Nous vous rappelons que le linge doit être identifié par des étiquettes nominatives et indélébiles. Il est, cependant, prévu une prestation de blanchisserie pour les enfants qui ne peuvent rejoindre leur domicile et, dont le séjour serait supérieur à deux semaines consécutives, notamment.

Souhaitez-vous que l'établissement prenne en charge l'entretien du linge personnel de votre enfant au tarif forfaitaire de 10€ par lessive payable d'avance en espèces ou par virement ?

OUI NON

Si OUI, nous vous prions de bien vouloir nous transmettre votre règlement en espèces ou par virement bancaire, d'un montant de 10€ par lessive à chaque début de cycle, au titre des frais forfaitaires de blanchisserie. Une facture acquittée vous sera adressée après encaissement du règlement.

Si NON, nous vous prions de bien vouloir veiller à fournir à votre enfant la quantité suffisante de linge personnel et d'en assurer l'entretien lors des retours au domicile.

Enfin, afin d'éviter toute confusion, et quel que soit votre choix, merci de nous retourner le présent document complété daté et signé par vos soins, dans l'encart ci-dessous prévu à cet effet.

Le responsable légal,

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Bien cordialement, **La direction.**



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Autorisation de publication des photos et vidéos concernant :

Le patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date du séjour : Du Au.....

Père Nom : Prénom :

Mère Nom : Prénom :

Tuteur Nom : Prénom :

- Autorise(nt) la Maison d'Enfants Diététique et Thermale à publier **en interne** les photographies et vidéos représentant notre enfant :
 - Dossier Patient au format numérique via le logiciel OSIRIS (dans le cadre de l'identitovigilance)
 - Prises dans l'établissement (trombinoscope, ateliers, activités, soirées...)
 - À l'occasion de sorties organisées par la MEDT (activités sportives, culturelles, éducatives...)

- Autorise(nt) la Maison d'Enfants Diététique et Thermale à publier **en externe** les photographies et vidéos sur le site Internet de la MEDT et sur les réseaux sociaux

Lecture faite, je donne mon accord concernant les implications de ce consentement.

Fait à :

Date :

Signature des représentants légaux :

Signature du patient :
(si patient majeur)



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU REGIME ALIMENTAIRE PROPOSE

La Maison d'Enfants Diététique et Thermale propose une alimentation selon les principes de l'équilibre alimentaire établi par le Plan National Nutrition et Santé 4 :

1. Le rythme des repas :

L'établissement propose un rythme de 4 repas par jour : petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner.

2. La structure des repas :

Selon les habitudes des patients, et après entretien avec une diététicienne, la MEDT propose 3 types de menus : menu du jour, sans porc, ou sans viande.

Chaque menu sera structuré selon les règles de l'équilibre alimentaire en fonction du type de repas.

Pour le déjeuner et le dîner : une entrée, un plat principal complet (une portion de protéine associée à une portion de féculents et/ou de légumes) et un dessert (fruit et/ou laitage selon répartition dans la journée).

Chaque patient, dans le cadre de son projet de soin, sera dans l'obligation de consommer chaque repas ou de goûter à toutes les composantes du menu.

Les aliments non fournis par la MEDT sont interdits à l'intérieur de l'Etablissement tant pour des questions de respect du programme de soins que pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire en collectivité.

3. La gestion des quantités d'aliments :

Suite à la prescription du médecin, dès le début du séjour, une répartition individualisée, adaptée à vos besoins et au programme de soins, est proposée par le diététicien fixant les quantités de chaque composante du repas.

Votre programme nutritionnel fait partie intégrante de la prise en charge de soins. Il est réévalué régulièrement et ajusté en fonction de la prescription médicale et des objectifs de soins.

4. Le temps du repas :

Le temps de repas est de 30 minutes minimum dans l'objectif de pouvoir gérer les quantités et apprendre à repérer les sensations alimentaires de faim et de satiété.

5. Les adaptations, les allergies et les régimes spéciaux :

➤ Les adaptations

En fonction **des goûts de chacun**, il sera possible de réaliser **3 réintroductions progressives**. Elles ont pour but, de prendre en compte les aversions de chacun et aider le patient à introduire plus de diversité dans son assiette. Les aliments en question pourront ne pas être consommés de manière intégrale mais **le patient sera dans l'obligation de goûter à plusieurs reprises les aliments selon la quantité évaluée avec le diététicien**.

En cas d'aversion importante, le remplacement pourra être proposé par un aliment « Joker » sous réserve d'une validation médicale.

➤ **Les allergies et intolérances**

Les allergies alimentaires et les intolérances seront prises en compte sous justificatif médical. Un remplacement sera réalisé.

➤ **Les régimes spéciaux**

Les régimes de convictions religieuses ne sont pas pris en compte durant la prise en charge thérapeutique afin de respecter l'engagement républicain de laïcité.

Toutefois, les régimes sans porc ou sans viande sont proposés.

6. Le choix d'une qualité nutritionnelle :

Les **produits locaux de qualité**, choisis en fonction des saisons, notamment pour les fruits et les légumes, sont privilégiés par notre service « Restauration », tant pour la création des menus que dans le souci de l'équilibre nutritionnel des jeunes patients.

Je soussigné(e),

Nom, Prénom (père) :

Nom, prénom (mère) :

Le cas échéant nom, prénom du tuteur :

Déclare avoir pris connaissance des informations et conditions de prise en charge alimentaire proposées par la Maison d'Enfant Diététique et Thermale dont bénéficiera mon enfant dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique.

Le Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date de séjour : du au

Le Père

Date :

Signature :

La Mère

Date :

Signature :

Le Tuteur

Date :

Signature :

Le Patient

Date :

Signature :



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

CONTINUE DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EN PERMISSION OU SORTIE D'HOSPITALISATION

Durant l'hospitalisation, un traitement médicamenteux peut être prescrit à votre enfant. Le cas échéant, le service de soins vous contactera pour vous en informer. Lors des permissions les week-ends au domicile, afin d'assurer la continuité des soins, **seront remis à votre enfant, en l'absence d'un représentant légal, avec votre accord écrit préalablement signé :**

- La prescription médicale ;
- La quantité de médicaments nécessaire pour une période de 2 jours ;
- Un document de réception de traitements et d'administration de ceux-ci à votre enfant.

Cas particulier : Certains traitements ne peuvent être remis à un mineur. Dans ce cas une ordonnance peut être remise au patient avec la mention « *ne délivrer qu'en présence d'un représentant légal* »

AUTORISATION

Je soussigné,

Nom, Prénom (père) :

Nom, prénom (mère) :

Le cas échéant nom, prénom du tuteur :

Autorise le service Infirmier de la MEDT à remettre à l'enfant (Nom, prénom), en l'absence d'un représentant légal, les traitements à poursuivre lors de la permission et dégage l'Etablissement de toute responsabilité.

Date :

Signature :



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROGRAMME DE SOINS

Capvern-les-Bains le :

Pour le Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date de séjour : du au

Le Docteur et son équipe, m'ont proposé de participer à un programme de soins dans le cadre de la prise en charge pédiatrique du surpoids ou de l'obésité.

J'ai pris connaissance des modalités de déroulement de ce programme, déclinées dans le livret d'accueil.

J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme.

En participant à ce programme de soins :

- J'accepte que les informations soient partagées au sein de l'équipe pluridisciplinaire et avec le médecin traitant, et les autres correspondants médicaux le cas échéant.
- J'accepte que les données recueillies par les évaluations du programme de soins puissent être utilisées de façon anonyme pour des études de recherche.
- Les responsables de ce programme garantissent qu'aucune information ne sera divulguée à d'autres personnes sans mon accord.

Le Père

Date :

Signature :

La Mère

Date :

Signature :

Le Tuteur

Date :

Signature :

Le Patient

Date :

Signature :



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

Nom, Prénom (père) :

Nom, prénom (mère) :

Le cas échéant nom, prénom du tuteur :

Détenteur(s) de l'autorité parentale pour le jeune Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Hospitalisé à la Maison d'Enfants Diététique et Thermale – 65130 CAPVERN LES BAINS

Date de séjour : du au

Autorisons le transfert aux urgences hospitalières rendu nécessaire par l'état de santé du patient ci-dessus nommé. La MEDT vous informera immédiatement de cette hospitalisation.

Le cas échéant, en tant que représentant légal, il vous appartiendra de vous rendre au service des urgences au plus tôt, afin de pouvoir donner les autorisations de soins nécessaires au service hospitalier concerné.

Fait à :

Le :

Le Père

Date :

Signature :

La Mère

Date :

Signature :

Le Tuteur (si besoin)

Date :

Signature :

NB : Signature obligatoire des deux parents et de toute personne ayant l'autorité parentale sur le Jeune Patient.



Maison d'Enfants Diététique et Thermale

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Dans le cadre de l'hospitalisation de votre enfant au sein de la Maison d'Enfants Diététique et Thermale, vous avez la possibilité de demander une chambre individuelle durant son séjour.

Les chambres individuelles sont affectées en fonction des disponibilités.

La prise en charge de la chambre individuelle peut être assurée partiellement ou totalement par votre mutuelle. Vous êtes donc invité(e) à contacter votre mutuelle **avant l'hospitalisation** de votre enfant pour connaître les modalités de remboursement de la prestation « *chambre individuelle* », ses limites, en montant et durée, selon votre contrat.

Je soussigné(e),

Nom.....Prénom.....Date de naissance.....

Responsable légal de l'enfant, ci-dessous désigné(e) :

Nom..... Prénom..... Date de naissance.....

Date du séjour prévu : Du Au.....

Je ne souhaite pas l'attribution d'une chambre individuelle pour mon enfant.

je demande la mise en chambre individuelle de mon enfant.

Pour cela, j'accepte qu'une demande de prise en charge de la chambre individuelle soit demandée auprès de ma mutuelle par le secrétariat administratif de l'établissement.

Je confirme être informé(e) du tarif de la chambre individuelle qui s'élève à 47€ /jour de présence.

Je m'engage à régler un éventuel reste à charge si ma mutuelle ne prend pas en compte la totalité des frais ou si je ne suis pas couvert par ma mutuelle pour cette prestation.

J'ai compris les termes de mon engagement.

J'ai pris connaissance des conditions financières de la prestation « *chambre individuelle* » ci-dessus et les accepte.

J'accepte que l'établissement facture auprès de ma mutuelle le coût de cette prestation dans la limite du tarif de mon contrat.

Je m'engage à payer le reste à charge que ma mutuelle ne prendrait pas en compte.

J'ai bien compris que, si je suis bénéficiaire d'une complémentaire santé solidarité, je devrai m'acquitter de l'intégralité du montant de la prestation « *chambre individuelle* ».

J'appose ma signature sans réserve.

Signature du représentant légal :

Date :