

Etablissement Pédiatrique de Soins de Suite et de Réadaptation

Cures thermales
pour
enfants et adolescents

63150 La Bourboule

Tél : 04.73.81.31.31

Fax : 04.73.81.31.39

e-mail : mecs.tzanou@ugecam-alpc.fr

site : www.tza-nou.com



MECSS TZA-NOU

Récapitulatif

 des documents à retourner pour l'examen de votre dossier à :

Maison d'enfants TZA NOU
230, rue Vercingétorix
63150 LA BOURBOULE

E-mail : mecs.tzanou@ugecam-alpc.fr

NOUS RETOURNER OBLIGATOIREMENT

- Dossier d'inscription
- Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire (pour tout séjour)
- 2 photos d'identité
- Photocopies
 - De l'attestation Sécurité Sociale
 - De la carte Mutuelle ou CMU (recto-verso)
 - Du livret de famille
 - Du jugement du tribunal si séparation des parents (**page relative à l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant**)
 -

FRAIS DE SEJOUR

La MECS « TZA NOU » est un établissement sanitaire. Ses règles de fonctionnement sont définies par le code de la Sécurité Sociale. Elle pratique un prix de journée « tout compris » (hébergement, frais médicaux) correspondant au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, base de remboursement des frais de séjour de tous les régimes d'assurance Maladie (régime général, M.G.E.N, M.S.A, S.N.C.F, Caisse nationale militaire,...).

L'Assurance Maladie ou son équivalent assume le coût du séjour selon les principes applicables aux structures de soins c'est-à-dire 80% du coût des soins (ou 100% pour certains régimes locaux, AES ou ALD).

Il reste donc à la charge des parents ou de la mutuelle (si les parents adhèrent à une mutuelle prenant en charge tout ou partie des prestations désignées ci-dessous) ou de la CPAM (au titre de la Couverture Maladie Universelle) les prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie soit :

- Ticket modérateur (20%)
- Forfait hospitalier

Si donc, vous n'avez ni mutuelle, ni Couverture Maladie Universelle, les factures seront réglées le jour d'entrée. Une facture acquittée vous sera adressée.

Sécurité sociale

La demande prise en charge « Sécurité Sociale » est remplie par votre médecin avec 2 mentions « **Hospitalisation justifiée** » et « **Placement en maison d'enfants** » Vous enverrez cette demande à votre Caisse de Sécurité Sociale pour acceptation.

Important

Dès réception, vous adresserez celle-ci (**Volet A et B**) à
« **TZA-NOU** », 230 rue Vercingétorix, 63150 LA BOURBOULE

Tout document doit être signé par les détenteurs de l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

MECSS TZA-NOU

LE TROUSSEAU (à conserver dans la valise)

Le linge des enfants est très régulièrement lavé ; il est donc inutile de surcharger la valise. Les vêtements et objets devront être marqués au nom et prénom de l'enfant. La maison décline toute responsabilité pour le linge non marqué sur bande tissée cousue ainsi que pour les objets de valeur (baladeur, jeux vidéo, appareil photos, bijoux, portables...). **Prévoir un cadenas pour l'armoire.**

Seuls les draps, couvertures et couettes sont fournis par l'établissement.

VETEMENTS

- 2 shorts ou bermudas
- 2 pantalons ou jupes
- 4 tee-shirts
- 3 sweat-shirts
- 1 pull
- **1 vêtement de pluie type K-Way**
- 1 anorak
- 1 casquette
- 1 paire de gants (patinoire)

CHAUSSURES

- 1 paire de basket pour l'extérieur
- 1 paire de basket pour l'intérieur (pas semelles noires)
- 1 paires de pantoufles
- autres

CURES D'HIVER

- 1 combinaison de ski ou 1 pantalon imperméable
- 1 paire d'après-ski
- 1 paire de lunettes de soleil
- 1 paire de gants

Pour le traitement thermal

2 joggings, 1 bonnet, 1 écharpe en hiver ou 1 foulard en été, des mouchoirs en papier, 1 paire de claquettes, 1 maillot de bain.

Pour le suivi médical

Carnet de santé, ordonnances et médicaments marqués au nom de l'enfant, certificat de non contagion datant de moins de 4 jours.

Argent de poche- Argent d'activités

Le financement des loisirs extérieurs n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

Il faut prévoir :

- Argent d'activité : forfait de 80 €
- Argent de poche : Somme laissée à votre appréciation

Un décompte détaillé des dépenses vous sera remis en fin de cure.

Les 2 règlements (groupés ou non) sont à effectuer à l'arrivée en espèces ou en chèque à l'ordre de TZA NOU-ENFANTS.

LINGE COURANT

- 6 slips
- 2 pyjamas
- 1 robe de chambre ou 1 peignoir de bain
- 6 paires de chaussettes
- 3 serviettes de toilette
- 1 sac à linge sale

TROUSSE DE TOILETTE

- 1 verre à dent + dentifrice + brosse
- 1 savon + peigne ou brosse
- 1 shampoing neutre + 1 anti poux
- 1 crème solaire
- 1 coupe-ongles + cotons-tiges

DIVERS

- Trousse et cartable (cure en période scolaire)
- 2 enveloppes timbrées avec adresse des parents
pendant la cure
- **1 petit sac à dos + gourde.**

MECSS TZA-NOU

FICHE MEDICALE à remplir par le médecin prescripteur

(À adresser au médecin responsable)

Du Au

NOM, Prénom

Date/...../..... Age :

1er orientation thérapeutique : VR DER TDE

2ème orientation thérapeutique : VR DER TDE

Nombre de cures thermales déjà effectuées

Poids : Taille : IMC :

Affections principales et secondaires justifiant un traitement thermal :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rhinite | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Retard staturo-pondéral |
| <input type="checkbox"/> Rhinopharyngites | <input type="checkbox"/> Trachéite spasmodique | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Bronchites récidivantes | <input type="checkbox"/> Ichtyose | |
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Laryngite chronique | <input type="checkbox"/> Urticaire | |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | <input type="checkbox"/> DDB | <input type="checkbox"/> Séquelles de brûlure | |
| <input type="checkbox"/> Conjonctivite | | | |

1 / Précisions sur la ou les affections motivant la cure

A quel âge, l'enfant a-t-il présenté les premiers signes ?

.....

ASTHME

Caractère : intermittent persistant léger persistant modéré persistant sévère

Etiologie : allergique infectieux à l'effort autre

AUTRE AFFECTIONS BRONCHIQUES

Bronchites récidivantes : fréquence :/ an

DDB : localisation:.....

AFFECTION ORL

Rhinites / Sinusites : Etiologie allergique Infectieuse
Fréquence per annuelle Saisonnière

Rhino-pharyngites / Angines/ Laryngites : Fréquence...../ an

Otites : Type OMA récidivante otites séro-muqueuses chroniques

Fréquence...../ an

Avec OMA récidivante drains trans-tympaniques

DERMATOSE : Localisation

- Eczéma
- Psoriasis
- Prurigo
- Urticaire
- Séquelles de brûlure

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Retard de croissance staturo-pondéral : Poids :kg . Taille :cm

Obésité : IMC :

Conformément à la Loi 78-11 du 06 janvier 1978, la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ces données pourront être informatisées, le mode de gestion de l'informatisation médicale fait l'objet d'un dossier déposé à la CNIL. Le droit d'accès du patient pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier. »

Cachet du médecin prescripteur
(Nom, prénom, adresse, n° d'identification)

Attention : c'est à ce médecin que le compte rendu du séjour sera adressé, avec une copie destinée au patient

PHOTO

Nom :

MECSS TZA-NOU

Prénom :

FICHE MEDICALE

2 / Antécédents de l'enfant

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Précautions à prendre :

Depuis 12 mois, l'enfant a-t-il été hospitalisé ? Oui / Non, pour quelles raisons ?

Précisions / des maladies, antécédents de : Varicelle Herpès..... RGO

L'enfant est-il pris en charge à 100% pour une ALD ? Si oui laquelle ?..... Date de validité :

L'enfant a-t-il un suivi psychologique ? Oui / Non

Si oui, pourquoi ?

3 / Allergies

Pneumallergènes : Acariens : Oui / Non Pollens : Oui / Non, lesquels.

Poils d'animaux : Oui / Non lesquels :

Autres :

Trophallergènes : L'enfant présente-t-il une allergie ou une intolérance alimentaire ? Oui / Non

Si oui, laquelle ?

Symptômes :

Allergies médicamenteuses :

Symptômes :

Autres allergies : L'enfant a-t-il déjà eu une désensibilisation ? Oui / Non

Si désensibilisation actuelle, nom du produit, posologie, et dates des prochaines injections

4 / Examens complémentaires récents tels que :

RADIOS : Sinus, poumons

ORL : Audiométrie, tympanométrie

Examens sanguins : NFS, Fer sérique, Ferritine, Eosinophilie, IgE totales, IgE Spécifiques...

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Pour tous ces examens, veuillez nous faire parvenir la **photocopie des résultats** s'ils ont été réalisés.

5 / Précautions :

A-t-il un régime à suivre ?

A-t-il une contre indication à la pratique d'un sport ? Oui / Non. Si oui, précisez

6 / Vaccinations, dates des derniers rappels :

BCG, test tuberculinique : ROR ou Priorix

Pentacoq ou Infanrix : Hépatite B

7 / Pendant l'année écoulée, concernant les manifestations motivant la cure :

Fréquence : par an

Recrudescence des manifestations : printemps été automne hiver

Intensité faible moyenne forte très forte

Consommation pharmaceutique : (cocher la bonne réponse)

Broncho dilatateurs nulle moyenne forte très forte

Corticoïdes nulle moyenne forte très forte

Antihistaminiques nulle moyenne forte très forte

Antibiotiques nulle moyenne forte très forte

Autres (préciser)

8 / Quels sont les médicaments que l'enfant doit prendre tous les jours pendant sa cure (nom et posologie-joindre les dernières ordonnances).....

.....

Désensibilisation, produit, posologie ? Date :

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE

NE REpondre AUX QUESTIONS 9 A 11 QUE SI L'ENfant A DEJA FAIT UNE CURE THERMALE :

9 / Depuis la dernière cure en à (station thermale)

Absentéisme scolaire en rapport avec l'affection : Oui / Non Nombre de fois

Hospitalisations Oui / Non
Pour quelles raisons ?

Interventions chirurgicales : Date de la dernière opération :

Précautions à prendre

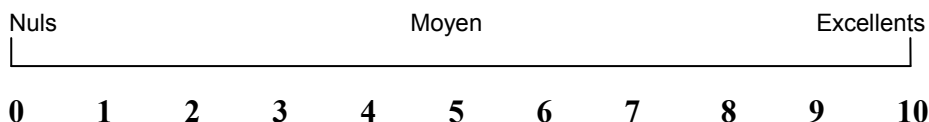
10 / Examens réalisés en cours d'année ou après la dernière cure :
(Nous fournir la photocopie des résultats)

Bilan allergologique : Oui / Non EFR : Oui / Non Radio : Oui / Non

11 / Appréciation générale sur les effets de la cure précédente :

Evolution clinique :

Qualité des résultats



Nom et Prénom du médecin : Date et signature :

Nom :

Prénom :

RECUEIL DE DONNEES (A remplir et faire compléter par la famille de l'enfant)

Cure du au

N° Patient (à compléter par nos services)

NOM : Prénom

Age : Niveau scolaire

Nombre de frères et sœurs Place dans la fratrie

L'enfant a-t-il déjà effectué des cures ? Oui / Non

Nombre de cures déjà effectuées : Où

1/ Existe-t-il des allergies dans la famille du père ou de la mère ? Oui / Non

2/ L'enfant est-il pris en charge à 100% pour une ALD (affection longue durée) ?

Si oui laquelle : Date de validité :

3/ Antécédents de l'enfant :

Eczéma : Oui / Non

Infections ORL : Oui / Non

Bronchites : Oui / Non

A-t-il été opéré

Des végétations ? Oui / Non

Des amygdales ? Oui / Non

Drains trans-tympaniques ? Oui / Non

4/ Environnement :

L'enfant habite-t-il à la campagne en pleine ville

Mode d'habitat : neuf ancien

Dans l'environnement, y a-t-il ? Rivière espaces verts usines

Animaux domestiques ? Oui / Non Précisez :

Les proches de l'enfant sont-ils fumeurs ? Oui / Non

L'enfant fume-t-il ? Oui / Non Si oui, combien par jour ?

5/ Signalement propre de l'enfant :

Observations

Port de lunettes ? Oui Non

Port de lentilles ? Oui Non

Appareils dentaires ? Oui Non

Semelles orthopédiques ? Oui Non

Enurésie ? Oui Non

Constipation ? Oui Non

Perturbations du sommeil ? Oui Non

Réglée ? Oui Non

Troubles du comportement ? Oui Non

6/ Autre précisions concernant votre enfant :

Activités et loisir, contre indication :

Comportement de l'enfant en collectivité :

Habitudes alimentaires :

L'enfant pratique-t-il une religion :

Nom et Prénom de la personne responsable :

Visa de l'établissement

Le Directeur,

Signature :

AUTORISATION

Je soussigné(e), Mrpère

Mme :mère

Du patient hospitalisé : NOM Prénom :.....

Autorise :

- ❖ le Médecin à pratiquer ou à faire pratiquer les vaccinations légales, des clichés radiographiques ou autres examens complémentaires à des visées diagnostiques

- ❖ le personnel de l'établissement SSR «TZA NOU » à sortir mon enfant de l'hôpital ou de la clinique s'il y a hospitalisation

A Le

« Lu et approuvé »

Signature des détenteurs de l'autorité parentale

Mère

Père

Conformément à la Loi 78-11 du 06 janvier 1978, la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ces données pourront être informatisées, le mode de gestion de l'informatisation médicale fait l'objet d'un dossier déposé à la CNIL. Le droit d'accès du patient pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier. »