



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

DOSSIER MEDICAL A REMPLIR PAR LA FAMILLE



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

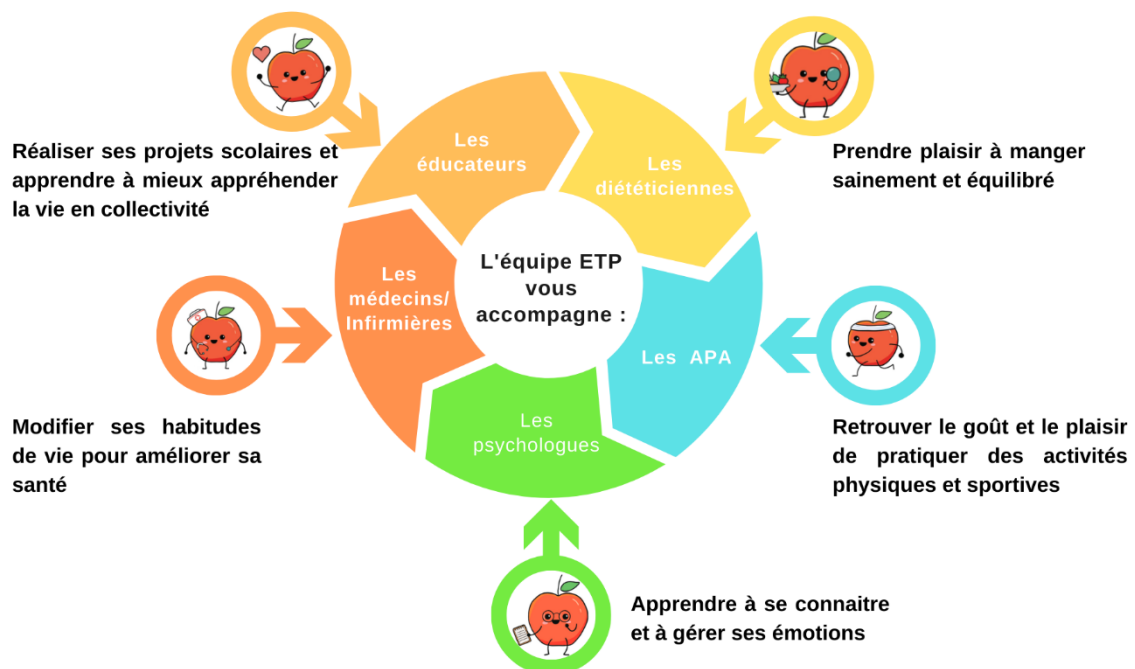
Chère famille,

L'équipe pluridisciplinaire, vous souhaite la bienvenue à Val Pré Vert, établissement de soins Médicaux et de Réadaptation pédiatrique, spécialisé dans la prise en charge de l'obésité infantile et du diabète.

Notre mission est de vous accompagner vous et votre enfant dans le changement de vos d'habitudes de vie afin améliorer sa qualité de vie, son bien-être et de prévenir les complications associées à l'obésité et au diabète.

Nous proposons une prise en charge personnalisée, permettant à l'enfant et à l'adolescent de devenir acteur de son parcours santé.

Des ateliers de groupe et des rencontres individuelles sont animés par différents professionnels formés à l'éducation thérapeutique.



Votre adhésion et votre participation sont essentielles pour l'aboutissement du projet de soins.

Un consentement de participation à l'éducation thérapeutique vous sera demandé lors de la première consultation.



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

Afin de mieux comprendre votre enfant, **une lettre dans laquelle il exprime pourquoi il vient à Val Pré Vert** sera à joindre au dossier.

Par ailleurs, afin de pouvoir assurer à votre enfant une prise en charge de qualité, **nous devons recueillir les données médicales les plus précises possibles.**

Vous devez donc apporter le jour de l'admission :

1. L'enquête alimentaire complétée,
2. Le carnet de santé de votre enfant,
3. Les bilans sanguins déjà réalisés,
4. La consultation cardiologique (si pratiquée),
5. Le bilan allergologique si concerné
6. Les comptes rendus des suivis autres : psychologues, orthophonistes, neuropsychologues...

Dans l'attente de notre rencontre,

L'équipe de Val Pré Vert



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

QUESTIONNAIRE A COMPLETER

INFORMATION DROIT D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Article L 1111-5 du Code de la Santé Publique

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

La loi précise que, pour les mineurs :

Les titulaires de l'autorité parentale ont accès aux informations concernant l'enfant. Toutefois, le mineur peut demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Dans ce cas, les informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin (art 6, 3ème alinéa décret).

Lorsque le mineur a reçu des soins sans le consentement de ses représentants légaux et demandé le secret de la consultation (Cf. art L. 1111-5 du Code de la Santé Publique), il peut s'opposer à ce que le médecin communique aux titulaires de l'autorité parentale les informations concernant ces soins. Cette opposition est notée par écrit par le médecin. Le médecin devra s'efforcer de convaincre le mineur d'accepter la communication des informations au titulaire de l'autorité parentale qui le demande. Mais l'accès aux informations demandées ne peut être satisfait tant que le mineur maintient son opposition (art 6, alinéa 1 et décret).

DROIT D'ACCES AU DOSSIER MÉDICAL

L'enfant (nom-prénom) :

Je reconnais avoir été informé des modalités d'accès à mon dossier médical. Les titulaires de l'autorité parentale ont accès aux informations me concernant sauf avis contraire spécifié dans le « droit à l'information sur l'état de santé et les soins ».

Dans ce cas, je peux demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Si j'ai reçu des soins sans le consentement de mes représentants légaux et demandé le secret de la consultation, je peux m'opposer à ce que le médecin communique ces informations.

Signature de l'enfant

Signature des parents



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

Le délai de communication est de huit jours ou de deux mois si le dossier remonte à plus de cinq ans.

DROIT À L'INFORMATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES SOINS

L'enfant (nom – prénom)

Date de naissance :

Autorise * :

- mon père**
- ma mère**
- la ou les personnes désignée(s) à recevoir toutes les informations sur mon état de santé et les soins que j'ai reçus :**

Nom et prénom

Lien de parenté

Adresse :

Nom et prénom

Lien de parenté

Adresse :

Nom et prénom

Lien de parenté

Adresse :

A, le

Signature de l'enfant

Signature des parents



SMR Pédiatrique Val Pré Vert

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

AUTORISATIONS

INTERVENTION

Nous soussignés,

M.

Mme

Autorisons l'établissement Val Pré Vert à prendre toute disposition d'ordre médical et faire pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence rendue nécessaire par l'état éventuel de notre enfant.....et donnons l'autorisation d'anesthésier et d'opérer notre enfant.

Signature des deux parents

PREVENTION DES INFECTIONS

A l'occasion d'un jeu, d'une maladresse, un enfant peut se blesser et saigner. Une autre personne (autre enfant, infirmière, animateur...) peut être en contact avec son sang.

Dans ce cas, la loi prévoit que les deux personnes fassent une prise de sang pour s'assurer qu'il n'y a aucun risque de transmission d'une maladie : hépatite B, hépatite C, VIH.

La loi précise également que les parents doivent donner l'autorisation pour ce prélèvement :

Nous soussignés,

M.

Mme

Autorisons l'établissement Val Pré Vert à faire pratiquer les sérologies hépatite B, hépatite C et VIH sur notre enfant, dans le cas où cela serait utile.

A, le

Signature des deux parents