



Etablissement de santé pour
adolescents de Chanay
Groupe MGEN

Document
Courrier
d'accompagnement du
dossier d'inscription

Réf : DOC00530
Version : 7
Date application : 26/01/2016
Rédacteur Mme E. ESCRICH,
Responsable du secrétariat médical,
27/01/2017
Applicable par : Accueil, Admission,
Secrétariat médical, Coordonnateur
de la gestion des risques associés
aux soins - Qualité Gestion des
risques

Chanay, le 4 janvier 2018

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint un dossier d'inscription au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation pour Adolescents de Chanay.

Nous vous remercions de :

- compléter la fiche de renseignements ci-jointe en la signant aux endroits indiqués,
- prendre contact avec votre **médecin, spécialiste** ou **généraliste**, pour remplir le dossier médical de liaison,
- nous retourner l'ensemble des documents dans les meilleurs délais.

Après examen du dossier médical de liaison par notre Médecin Chef, nous vous contacterons pour fixer une date de visite de pré-admission avec un Médecin de notre établissement.

Nous restons à votre disposition pour toutes précisions utiles et vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments dévoués.

La Directrice,
ValérieBIBOLLET

DOC00530 - version 7 du 04/01/2018 / (29/01/2018)

Page 1 sur 1

	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	Mme E. ESCRICH, Responsable du secrétariat médical, 27/01/2017	: Mme M. ALBON, Président de la CME, 04/01/2018	: Mme V. BIBOLLET, Directrice, 04/01/2018
Signature			

Imprimé le 04/01/2018

ENTRÉE PRÉVUE LE : à LIT n° :

Le malade :

Nom : Prénom :

Né(e) le : ___/___/___ à Sexe : M F

Classe fréquentée actuellement :

Nom et Adresse de l'établissement scolaire :

Précédent séjour dans l'établissement : oui non

Autorité parentale : père et mère père seul mère seule

Situation familiale entre les 2 parents de l'enfant :

union libre marié séparé divorcé autre :

Lieu de résidence du patient : chez les parents chez le père chez la mère

Autre (préciser nom, prénom, lien de parenté, adresse et téléphone) :

1. Adresse du père (à compléter obligatoirement)

Nom : Prénom :

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

Adresse : C.P : Ville :

Situation familiale actuelle : union libre marié séparé divorcé veuf autre :

Tél domicile : ___-___-___-___-___ Tél travail : ___-___-___-___-___

Tél portable : ___-___-___-___-___ Courriel : _____@_____

Profession :

Numéro S.S. : _____ Nationalité :

Personne à contacter en cas d'absence du père (nom, adresse, tél.) :

2. Adresse de la mère (à compléter obligatoirement)

Nom : Prénom :

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

Adresse : C.P : Ville :

Situation familiale actuelle : union libre marié séparé divorcé veuf autre :

Tél domicile : ___-___-___-___-___ Tél travail : ___-___-___-___-___

Tél portable : ___-___-___-___-___ Courriel : _____@_____

Profession :

Numéro S.S. : _____ Nationalité :

Personne à contacter en cas d'absence de la mère (nom, adresse, tél.) :

3. En cas de divorce/séparation, joindre obligatoirement les copies des jugements

4. Renseignements sociaux : (cocher si oui) Assistance éducative :

Mesure éducative : Mesure judiciaire : Mesure de garde :

Nom et Adresse de l'Assistant(e) de Service Social à contacter :

Téléphone : ___-___-___-___-___ Courriel : _____@_____

Educateur référent : oui non Si oui, Nom et adresse :

Téléphone : ___-___-___-___-___ Courriel : _____@_____

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ? oui non (si oui, fournir la notification)

5. Si l'enfant est confié à un tiers ou a un service gardien, joindre la copie de l'ordonnance judiciaire

Coordonnées du tiers ou du service gardien (Nom, adresse) :

Téléphone : ___-___-___-___-___

Date : ___/___/20___ et Signature(s) :

Photo obligatoire

Unité :
 Colombier
 Crêt d'eau
 Mont-Blanc

Médecin :
 Dr ALBON
 Dr GODEFROID
 Dr HARLE
 Dr MUSCALU
 Dr REZGUI

Contrôle Adresse du père complétée

Contrôle Adresse de la mère complétée

NE PAS RENSEIGNER

MUTUELLE

Le

Contact :

FJ :

TMR :

CP :

Copie des jugements réceptionnée

Copie de l'ordonnance réceptionnée



ETABLISSEMENT DE SANTE POUR ADOLESCENTS de CHANAY

DOSSIER MEDICAL DE LIAISON

Nom du patient : Prénom du patient :

Né(e) le : ___/___/_____ Sexe :

Nom, prénom, adresse du représentant légal :

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

Téléphone (obligatoire) : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse e-mail :@.....

Cher Confrère,

Le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation pour Adolescents est votre disposition pour le traitement des malades que vous voudrez bien nous confier.

Le projet médical s'est orienté vers les soins de suite concernant les adolescents et pré-adolescents de 11 à 17 ans et présentant :

- Des troubles addictifs, essentiellement les TCA,
- Des psychopathologies en dehors des phases aiguës,
- Des troubles de l'observance du traitement dans les pathologies chroniques et des troubles nutritionnels (obésité majeure).

L'indication de mise à distance reste prépondérante dans l'optique de favoriser le retour en milieu habituel.

L'admission se décidera à l'issue d'une visite de pré-admission.

Nous souhaitons travailler en coordination avec vous, y compris pendant le séjour.

A la sortie, nous vous adresserons un bilan de séjour.

Nous vous solliciterons également par une fiche d'évolution à 6 mois et un an après le séjour.

- Dr M. ALBON, Médecin chef d'établissement, Pédopsychiatre
- Dr B. HARLE, Médecin chef de service, Psychiatre
- Dr H. REZGUI, Médecin chef de service, Psychiatre
- Dr P. GODEFROID, Pédiatre
- Dr R. MUSCALU, Pédiatre

OBSERVATION CLINIQUE

**(Joindre résultats d'examens – Compte-rendu
hospitalisation)**

Réservé au Médecin adresseur pour description clinique motivant la demande d'admission

Médecins

Médecin Adresseur : Dr.....	Adresse (ou tampon obligatoire) : Tél.: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Courriel :@..... S'il s'agit d'un praticien hospitalier : Hôpital : Service : Adresse :
Médecin Traitant : Dr.....	Adresse : Tél.: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Courriel :@.....
Médecin Scolaire : Si des informations doivent être communiquées (courrier de sortie) Dr.....	Adresse : Tél.: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Courriel :@.....

Prise en charge en cours (Psychologue, rééducateur...).

Indiquer les noms et coordonnées des professionnels :

.....
.....

Intervenants sociaux

Assistante Sociale :	Adresse : Tél.: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Courriel :@.....
---	--

Mesure Educative ou judiciaire : OUI NON

Fiche remplie le : ____/____/20__

Signature :

EN CAS DE TRANSFERT HOSPITALIER

Le malade doit être accompagné du dossier médical, carnet de santé et du bulletin de sortie de l'hôpital.

Etablissement de santé pour adolescents – Groupe MGEN
7 rue du Château - 01420 CHANAY

Tél. : 04.50.56.80.00 - Tél. Service Médical : 04.50.56.80.09 - Fax Service Médical : 04.50.56.80.65

Courriel : secretariatmedical@mgen.fr



Etablissement de santé pour
adolescents de Chanay
Groupe MGEN

Document
Plan d'accès

Réf : DOC00097
Version : 3
Date application : 08/06/2015
Rédacteur Mme E. ESCRICH,
Responsable du secrétariat médical,
08/06/2015
Applicable par : Accueil, Admission,
Secrétariat médical

Admission

Chanay, le 29 janvier 2018

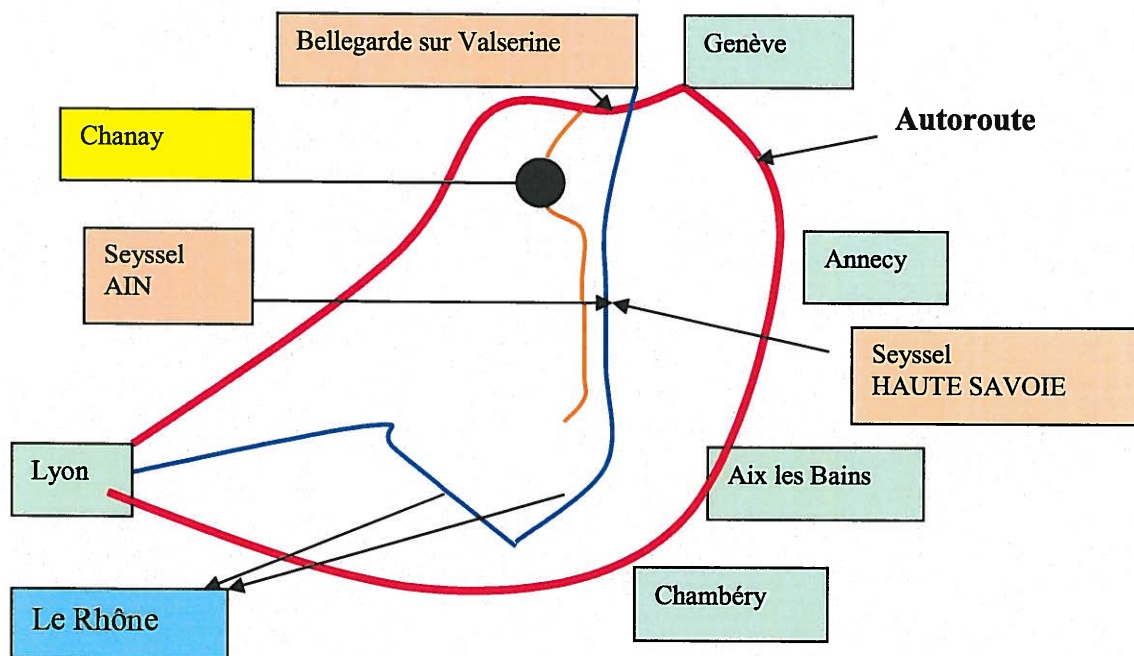
PLAN D'ACCÈS

Depuis Annecy ou Chambéry :

- Prendre la direction de Seyssel (Haute Savoie).
- Au Sud de Seyssel, au rond point, traverser le Rhône (pont suspendu), prendre la direction de Culoz.
- A 500 m, prendre à droite la D991, direction Chanay.
- Suivre la D991 pendant 15 km (environ 20 minutes) pour arriver à Chanay

Depuis Lyon ou Genève :

- Prendre l'autoroute Lyon-Genève A40
- Prendre la Sortie n° 10 (Bellegarde, Châtillon en Michaille).
- Après le péage, tourner à droite, direction Belley- Seyssel, D101.
- A 600m, au Rond-point, prendre tout droit direction Belley, Seyssel, D 101 A
- A 600m, au bout de la ligne droite, au stop, prendre à gauche direction Belley, Seyssel, D 991
- Suivre cette route pendant 15 km (environ 20 minutes) pour arriver à Chanay.
- Villages traversés : Ochiaz, Billiat, L'hôpital puis arrivée à Chanay



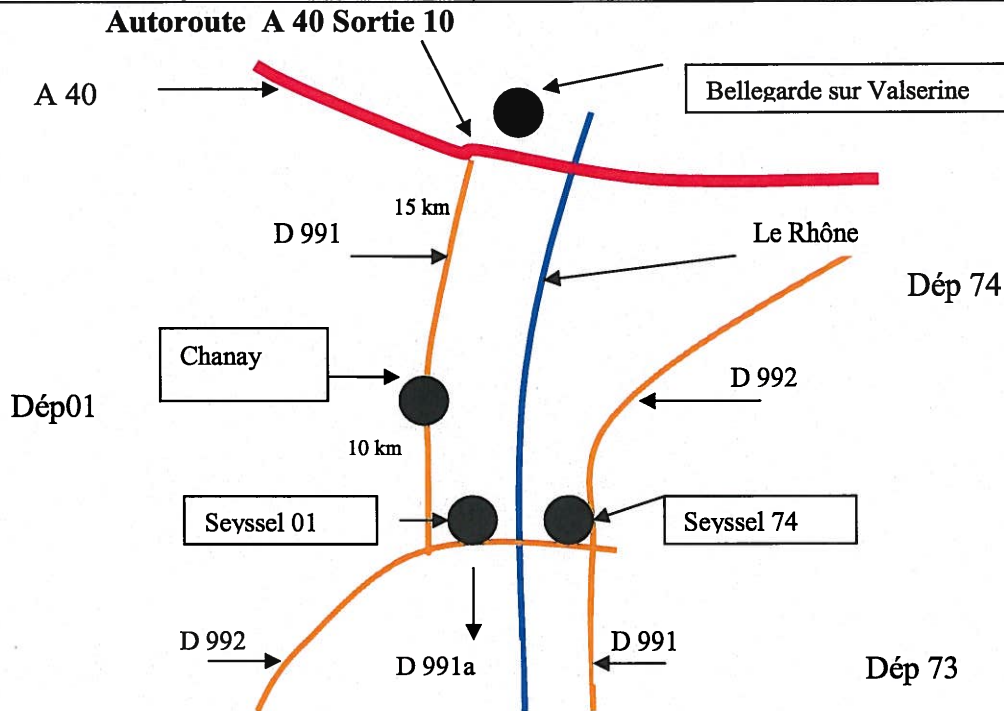
	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	Mme E. ESCRICH, Responsable du secrétariat médical, 08/06/2015	: M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 08/06/2015	: M. P. FUSTER, Directeur, 08/06/2015
Signature			



Etablissement de santé pour adolescents de Chanay
Groupe MGEN

Document
Plan d'accès

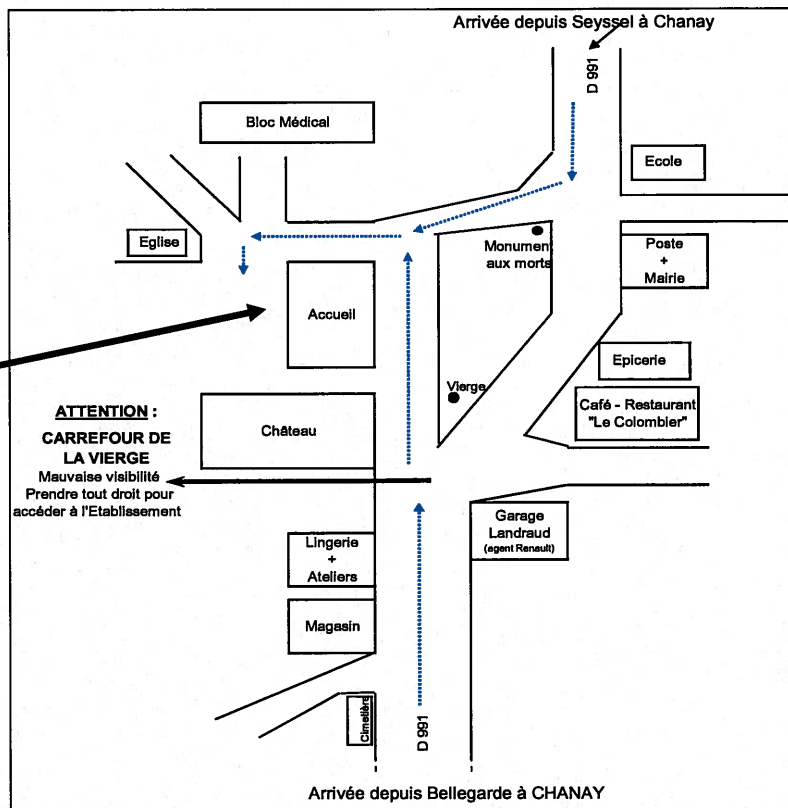
Réf : DOC00097
Version : 3
Date application : 08/06/2015
Rédacteur Mme E. ESCRICH,
Responsable du secrétariat médical,
08/06/2015
Applicable par : Accueil, Admission,
Secrétariat médical



Situation dans le village :

Etablissement de santé pour adolescents
Groupe MGEN
7 rue du Château
01420 CHANAY
Tél. : 04 50 56 80 00

**ACCUEIL DE
L'ETABLISSEMENT MGEN**



	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	Mme E. ESCRICH, Responsable du secrétariat médical, 08/06/2015	: M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 08/06/2015	: M. P. FUSTER, Directeur, 08/06/2015
Signature			