



une institution de référence  
pour la santé des adolescent-e-s  
et des jeunes adultes

Objet : Documents pour une demande d'admission

Chère Madame,  
Cher Monsieur,

Comme vous le souhaitiez, nous vous adressons sous pli un dossier d'admission qu'il convient de nous retourner dûment rempli et signé par les détenteurs de l'autorité parentale.  
Pour faciliter votre retour, veuillez trouver ci-joint une étiquette pré imprimée à coller sur votre enveloppe de retour avec l'adresse suivante :

Clinique Les Cadrans Solaires  
A l'attention du Bureau des Admissions  
11 route de Saint Paul  
06142 VENCE

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le bureau des admissions

Pièces jointes :

- *La fiche renseignements utiles pour les familles*
- *Fiche de renseignements administratifs pour demande d'admission*
- *Fiche d'admission Médecine Interne à compléter par le médecin traitant ou spécialiste*
- *La fiche verte Demande d'accord préalable pour admission en service de soins*
- *Autorisation de soins*
- *Autorisations de sorties et de visites*
- *Attestation portant sur les informations relatives à ma santé*
- *La fiche d'inscription à la scolarité des Cadrans Solaires*
- *Enquête de satisfaction E-satis*
- *Le plan d'accès de la clinique*



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS POUR DEMANDE D'ADMISSION

PEC-FOR

N° 10935  
Version 004

Clinique FSEF Vence

Liens thématiques HAS :

2.1.03 – La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée au sein de l'équipe

Page 1 sur 2

Etiquette  
Identification patient

Tampon date réception dossier

Tampon saisie dossier informatisé

Nom du patient : ..... Prénom du patient : .....

Date de naissance : ...../...../.....  Mineur  Majeur

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse du patient : .....

.....

Téléphone du patient : \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_

Dernière classe fréquentée : ..... Année : .....

Fille ;  Fils de :

Père (Nom et Prénom) : .....

Profession : .....

Adresse du père : .....

Téléphone : \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_

Adresse mail : .....@.....

Mère (Nom et Prénom) : .....

Profession : .....

Adresse de la mère : .....

Téléphone : \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_

Adresse mail : .....@.....

Détenteur de l'autorité parentale ou tutorale :

- Père
- Mère
- Père et Mère
- Autre : (Nom et Prénom : ..... ; Qualité : .....  
Adresse : .....  
Adresse mail : .....@.....

Situation des parents (mère et père de l'enfant) :

- Mariés
- Séparés<sup>1</sup>
- Divorcés<sup>1</sup>
- Autre : .....

<sup>1</sup>En cas de séparation ou de divorce, joindre obligatoirement l'attestation d'autorité parentale

 <small>une multitude de services pour les enfants, adolescents et les jeunes adultes</small>	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS POUR DEMANDE D'ADMISSION</b>	PEC-FOR
		003
Clinique FSEF Vence		
Liens thématiques HAS :	2.1.03 – La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée au sein de l'équipe	Page 2 sur 2

Fratrie (frère, sœur, demi-frère et demi-sœur) :

Nom et Prénom de l'enfant	Age	Situation actuelle

Un service social suit-il le patient ?  Oui  Non

Si oui, Nom de l'Assistant(e) social(e) : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

Adresse mail : .....@.....

Téléphone : \_\_\_\_\_

Le patient fait-il l'objet d'une mesure éducative ?  Oui  Non

AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)  AED (Aide Educative à Domicile)

Si oui, Coordonnées de l'équipe éducative

Nom : ..... Qualité : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

Adresse mail : .....@.....

Téléphone : \_\_\_\_\_

Le patient bénéficie-t-il d'un placement?  Oui (joindre une photocopie Ordonnance de placement)  Non

- Judiciaire
- Administratif
- PAD (Placement A Domicile)

Le patient bénéficie-t-il d'un dossier auprès de l'MDPH (Allocation d'éducation spéciale, Adaptation scolaire, Orientation scolaire...)?  Oui  Non

(Si oui, joindre une photocopie de la notification)

Médecin désigné par le patient :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Document rempli le : ...../...../..... par : .....

 <small>une institution de référence pour la santé des adolescents et des jeunes adultes</small>	<b>FICHE RENSEIGNEMENTS UTILES POUR LES FAMILLES</b>	<b>PEC-FT</b>
		<b>N°10640</b> Version 010 08-2025
<b>Clinique FSEF Vence</b>		
<i>Liens thématiques HAS :</i>	3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient	Page 1 sur 1

### ➔ Les formalités

Merci de joindre à la demande d'admission adressée au Directeur de l'établissement :

- L'ensemble des documents ci-joints dûment remplis et signés par les représentants de l'autorité parentale,
- 1 photo d'identité, portant au verso le nom et le prénom du patient,
- La photocopie de l'attestation d'ouverture de droits à l'assurance maladie (**la carte vitale est à apporter lors de l'admission**)
- La photocopie recto/verso de la carte de mutuelle complémentaire ou CSS (**à présenter à l'admission**),
- La photocopie de la carte d'identité du patient,
- La photocopie de la carte d'identité des représentants de l'autorité parentale,
- La photocopie du jugement de divorce ou séparation, s'il y a lieu,
- Photocopie extrait de naissance/Livret de famille.
- Les derniers bulletins scolaires trimestriels.
- Une attestation d'un assureur confirmant que l'assurance responsabilité civile (ou assurance scolaire) souscrite par les parents couvre les risques scolaires du patient.
- Coupon réponse indicateur e-SATIS SSR

### ➔ Les frais d'hospitalisation complète (à compter du 01/03/2025)

- Prix de journée = 391,92€/jour
  - Forfait journalier = 20 € durant toute la durée du séjour
- ➔ Si le patient est pris en charge à 80% par la caisse d'assurance maladie, il reste à votre charge ou de votre mutuelle :
- Du 1<sup>er</sup> au 30<sup>ème</sup> jour : le forfait journalier et le ticket modérateur soit un total de 98,38 €/jour,
  - À partir du 31<sup>ème</sup> jour et jusqu'à la fin du séjour : le forfait journalier.
- ➔ Si le patient est pris en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie, il reste à votre charge ou de votre mutuelle le forfait journalier.

### ➔ Les frais d'hospitalisation de jour (à compter du 01/03/2025)

- Prix de journée = 323,75€/jour
- ➔ Si le patient est pris en charge à 80% par la caisse d'assurance maladie, il reste à votre charge ou de votre mutuelle le ticket modérateur soit 64,75€/jour.
- ➔ Si le patient est pris en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie, aucun frais supplémentaire n'est à payer.

### ➔ Les autres frais

- La participation aux activités culturelles, sportives ou de loisirs est fixée forfaitairement à 15€.  
Un chèque devra être établi à l'ordre de la « Clinique Les Cadrans Solaires » et être donné à l'admission.
- Un dépôt de garantie de 50€ est constitué à l'admission pour la mise à disposition de la chambre (meubles, les 5 cintres et la clé). Ce dépôt se fait par chèque (non encaissé), et sera restitué dans le mois suivant la sortie.

### ➔ Les indispensables durant le séjour

La liste d'affaires à fournir, en plus des vêtements et sous-vêtements quotidiens et des affaires scolaires :

- Carte d'identité,
- Carnet de santé,
- Serviettes et gants de toilette,
- Nécessaire de toilette : brosse à dent, dentifrice, savon, shampoing, brosse et/ou peigne, élastique pour les cheveux longs (IMPORTANT : les déodorants et laques en bombe aérosol ne sont pas acceptés seuls les déodorants à bille sont autorisés),
- Gourde (petite taille pour la remplir aux fontaines à eau),
- Par dérogation, pour le service Médecine de l'enfant, l'apport de deux petites peluches est autorisé.

Pour les activités sportives :

- Tenue de sport (t-shirt et short de sport) et Chaussures montantes de marche (montagne),
- Bonnet, lunettes de piscine, Serviette de bain, Maillot de bain et Claquettes antidérapantes.

Pour des raisons de sécurité, sont interdits :

- Couette, Oreiller, Drap, Housse/taie,
- Rasoir et Objets coupants,
- Produits et substances illicites ou dangereuses,
- Médicaments,
- Grande affiche ou poster,
- Ballon personnel.

Le tabac est réglementé à l'extérieur et strictement interdit à l'intérieur.

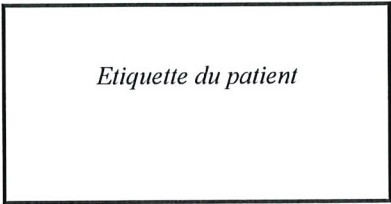
L'usage des téléphones portables est réglementé.

### ➔ L'argent de poche (à l'appréciation des familles)

Il peut être déposé au service comptabilité au nom du patient. Il doit comprendre les frais d'animation (cinéma, patinoire, etc.). Le compte du patient pourra être approvisionné en cours de séjour par l'envoi de chèques établis à l'ordre de la « Clinique Les Cadrans Solaires ».



 <p>une institution de référence pour la santé des adolescent·e·s et des jeunes adultes</p>	<b>AUTORISATION DE SOINS PATIENT MINEUR ou PROTEGE</b>	003
<b>Clinique FSEF Vence</b>	<small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small>	Page 1 sur 1



Nom, Prénom du patient : .....

Né(e) le : ...../...../....., à .....

Domicilié(e) à l'adresse suivante : .....

Hospitalisé dans le service de la Clinique Les Cadrans Solaires: .....  
depuis le : ...../...../.....

**Je/Nous soussignons,**  
Nom, prénom (Mère) : .....  
Nom, prénom (Père) : .....  
Nom, prénom responsable légal (si différent des parents) : .....

**Personne(s) à prévenir :**  
Nom, Prénom : ..... Nom, Prénom : .....  
Adresse : ..... Adresse : .....  
Téléphone : ..... Téléphone : .....

**Autorisons/autorise tout médecin de la clinique Les Cadrans Solaires, après avis préalable du mineur ou majeur protégé, dans toute mesure du possible à :**

- ⇒ entreprendre toutes mesures thérapeutiques qu'il jugera nécessaire dans le cadre de sa prise en charge, sachant que nous serons régulièrement tenus informés
- ⇒ effectuer tout transfert, en transport sanitaire ou autre, dans un autre établissement hospitalier ou en consultation médicale, en cas de nécessité médicale, chirurgicale ou psychiatrique de nature préventive, diagnostique ou thérapeutique, sachant que nous serons informés dans les meilleurs délais de la situation, dans toute la mesure du possible au préalable et que cette autorisation vise à anticiper une éventuelle difficulté à nous/me joindre.

**J'ai/Nous avons bien noté que :**

- ⇒ l'établissement s'engage à prévenir le(s) présent(s) signataire(s) de toute aggravation de son état de santé ou d'un transfert dans un autre établissement et ceci dans les plus brefs délais
- ⇒ la présente autorisation est valable pour toute la durée du séjour à la Clinique Les Cadrans Solaires et dans tout autre établissement de soins où la Clinique Les Cadrans Solaires serait amenée à le transférer
- ⇒ ce document sera intégré à son dossier médical informatisé ainsi que sa photo pour des raisons d'identitovigilance, sachant que l'établissement s'engage à ne pas la diffuser.
- ⇒ En cas d'urgence médicale avérée, le principe de l'autorisation préalable ne s'applique pas, les soins urgents nécessaires devant être apportés (articles R.4127-36 et R.4137-42 du code de la santé publique). Dans l'éventualité d'un transfert en urgence ou d'un besoin d'opérer en urgence, le ou les représentants légaux seront le plus rapidement possible joints et tenus au courant de la situation.

*Signature du père et de la mère*  
*Ou du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé »*

Date : ...../...../.....      Date : ...../...../.....      Date : ...../...../.....  
Signature de la mère      Signature du père      Signature du responsable légal



 <small>Association Française de Soins pour les Personnes Adressées aux Soins Psychiatriques</small>	<b>AUTORISATION DE SOINS PATIENT <u>MAJEUR</u></b>	<b>CDU - FRM</b>
<b>Clinique FSEF Vence</b>		<b>N° 10644</b> Version 004
Lien thématiques HAS :	1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Page 1 sur 1

Etiquette Identification patient	Tampon date réception dossier	Tampon saisie dossier informatisé
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Nom, Prénom du patient : ..... Né(e) le : ...../...../....., à .....

Domicilié(e) à l'adresse suivante : .....  
.....

Hospitalisé dans le service de la Clinique Les Cadrans Solaires: .....  
depuis le : ...../...../.....

**Personne(s) à prévenir :**

Nom, Prénom : .....	Nom, Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....

**Autorise tout médecin de la clinique Les Cadrans Solaires, dans le cadre d'une situation urgente où ni mon consentement ni celui de la personne de confiance que j'aurais désignée ne pourraient être obtenus, à :**

- ⇒ Entreprendre toutes mesures thérapeutiques qu'il jugera nécessaire dans le cadre de ma prise en charge ;
- ⇒ Effectuer tout transfert, en transport sanitaire ou autre, dans un autre établissement hospitalier en cas de nécessité médicale, chirurgicale ou psychiatrique de nature préventive, diagnostique ou thérapeutique.


**J'ai bien noté que :**

- ⇒ La présente autorisation est valable pour toute la durée de mon séjour à la Clinique Les Cadrans Solaires et dans tout autre établissement de soins où la Clinique Les Cadrans Solaires serait amenée à me transférer ;
- ⇒ L'établissement s'engage à prévenir dans les plus brefs délais la/les personne(s) ci-dessus mentionnée(s) de toute aggravation sévère de mon état de santé,
- ⇒ En cas d'urgence médicale avérée ou d'impossibilité de prévenir et d'informer mon proche entourage, le principe de l'autorisation préalable ne s'applique pas, les soins urgents nécessaires devant être apportés (article R.4127-36 du code de la santé publique) ;
- ⇒ Ce document sera intégré à mon dossier médical informatisé ainsi que ma photo pour des raisons d'identitovigilance, sachant que l'établissement s'engage à ne pas la diffuser.

Fait à ..... ; Le ...../...../.....

Signature du patient, précédée de la mention « Lu et approuvé »



 <small>un service d'aide et de référence pour les soins des adolescents et des jeunes adultes</small>	<h2 style="color: purple;">AUTORISATION DE SORTIES ET DE VISITES</h2>	<b>CDU - FRM</b>
		<b>N° 10642</b> <b>Version 005</b>
<b>Clinique FSEF Vence</b>	<small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités  2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée  1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small>	<b>Page 1 sur 1</b>

Etiquette Identification patient	Tampon date réception dossier	Tampon saisie dossier informatisé
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

**Je soussigné(e), Nom, prénom (Défendeur de l'autorité parentale ou tutorale) :**

Mère   
 Père   
 Représentant légal.....

Domicilié(e) à : .....

..... Tel : .....

Autorise (Nom, prénom et date de naissance du patient) :

..... né(e) le : ...../...../.....

**A sortir, selon les modalités du règlement intérieur :**

⇒ Des sorties avec des professionnels de l'établissement sont organisées selon autorisation médicale :  
*A l'exception du service de médecine de l'enfant, si autorisation médicale, autorisez-vous votre enfant à prendre un quartier libre (c'est-à-dire à partir seul durant un temps déterminé) :*  Oui  Non

⇒ A voyager seul lors des retours à domicile dans le cadre des autorisations de permissions  Oui  Non

Si oui, à partir de :   
 La halte routière de Vence                     
 La gare d'Antibes  
 La gare de Cagnes-sur-Mer                     
 L'aéroport de Nice  
 De l'établissement                     
 L'arrêt Bus 94 (Chemin des fourches)

Sachant que le retour dans l'établissement est sous la responsabilité du défendeur de l'autorité parentale ou tutorale.

⇒ En cas d'accord de prise en charge de transport par votre caisse : A sortir en taxi ou en ambulance avec (Nom et téléphone) : .....  
*(par défaut ou en cas d'absence ou d'indisponibilités des contacts transmis, la clinique pourra faire appel aux professionnels selon les conventions de partenariat de l'établissement)*

⇒ A recevoir de la visite de :  Oui  Non *(Préciser Noms, lien de parenté/fonction, adresse et téléphone)*

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

Signaler les restrictions éventuelles : .....

⇒ A sortir, seul(e) avec :  Oui  Non *(Préciser Noms, lien de parenté/fonction, adresse et téléphone)*

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

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

Date : ...../...../.....  
Signature de la mère

Date : ...../...../.....  
Signature du père

Date : ...../...../.....  
Signature du responsable légal



 <small>une institution de réhabilitation pour enfants et adolescents et des jeunes adultes</small>	<h2 style="color: purple;">ATTESTATION PORTANT SUR LES INFORMATIONS RELATIVES A MA SANTE</h2>	<b>PEC-FRM</b>
		<b>N°10710</b> Version 008
<b>Clinique FSEF Vence</b>	<small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités 1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small>	<b>Page 1 sur 1</b>

Etiquette Identification patient	Tampon date réception dossier	Tampon saisie dossier informatisé
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Je soussigné(e) : (Nom et Prénom du patient).....

Né(e) le : ...../...../.....  Patient Majeur

Nom et prénom des responsables légaux : .....

Atteste être informé(e) :

- De l'échange par un professionnel avec un ou plusieurs professionnels identifiés d'une ou des informations me concernant, à condition qu'ils participent tous à ma prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social me concernant.
- Du partage de l'ensemble des informations me concernant entre professionnels appartenant à la même équipe de soins, dès lors qu'elles sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social me concernant. Du partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins d'informations me concernant et nécessaires à ma prise en charge. Mon consentement à ce partage d'informations sera dans ce cas préalablement recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Ces informations sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins.

Dans le strict respect des règles déontologies inhérentes aux professions concernées, ce partage d'informations se fera en lien également avec d'autres professionnels de santé, si je le demande expressément à ma sortie, conformément à l'article R.112-1 du Code de la Santé Publique, à un praticien que j'ai (ou la personne ayant l'autorité parentale) désigné.

Transmission de la lettre de liaison et de l'ordonnance de sortie, qui me seront remises à la sortie, ainsi qu'à mon médecin traitant et/ou le praticien adresseur.

Transmission sur mon Dossier Médical Partagé (DMP), si ce dernier est ouvert, des comptes-rendus de consultations externes le cas échéant, de la lettre de liaison et de l'ordonnance de sortie.

**Accès à mon DMP par l'équipe de soins, et selon les habilitations prévues, afin de consulter mes données qu'à des fins utiles dans le cadre de ma prise en charge.**

En cas d'opposition de ma part, j'en informe la Clinique FSEF Vence, en précisant les professionnels pour lesquels je m'oppose à l'échange et au partage d'informations me concernant. Je peux exercer mon droit d'opposition à tout moment.

Toutefois, je serais informé(e) des conséquences éventuelles de ce refus sur ma prise en charge.

.....  
.....

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

**Si Patient Mineur :**

Signature de la mère :      Signature du père :      Signature du patient :      Signature du représentant légal :



 une institution de référence pour la santé des adolescent·es et des jeunes adultes	<b>INDICATEUR e-SATIS SSR : DOCUMENT D'INFORMATIONS POUR LE PATIENT ET SON ENTOURAGE + COUPON REPONSE</b>	MQGR - FOR
		001
Clinique FSEF Vence		Page 1 sur 1
Liens thématiques HAS :	3.7.02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	

Cadre réservé à  
l'Administration



### Participez à l'amélioration de la qualité des soins en donnant votre avis en quelques clics !

Chaque patient(e) hospitalisé(e) peut donner son avis sur son séjour dans un hôpital ou clinique en France grâce à un questionnaire de satisfaction sécurisé en ligne. Avec le soutien du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cet avis est aujourd'hui indispensable pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. C'est pourquoi, après plusieurs années d'expérimentation menées par le ministère, la HAS a lancé le recueil de l'indicateur « e-Satis » afin de mesurer en continu, de manière fiable et contrôlée, l'expérience et le taux de satisfaction des personnes hospitalisées.

### Un questionnaire de satisfaction envoyé par courrier électronique : exprimez-vous !

En pratique, il est demandé à chaque patient(e) de communiquer son adresse électronique lors de son admission. Après la sortie et en cas d'acceptation du patient, un lien vers un questionnaire sécurisé est envoyé. En moins de 10 minutes, vous pouvez, de façon anonyme, donner votre avis sur :

- ⤴ l'accueil dans l'établissement,
- ⤴ la prise en charge (information, respect de l'intimité/confidentialité, gestion de la douleur, ...),
- ⤴ la chambre et les repas,
- ⤴ l'organisation de la sortie.

### Un score de satisfaction est publié pour chaque établissement

À partir de vos réponses anonymisées, un score de satisfaction est calculé pour chaque établissement de santé concerné. Ce score est publié sur le site [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr) en fin d'année. Il permet :

- ⤴ à chaque français(e) de connaître le niveau de satisfaction obtenu par chaque établissement et de comparer les établissements de santé,
- ⤴ aux hôpitaux et cliniques de connaître l'avis de leurs patient(e)s et d'améliorer leurs pratiques.

### C'est très simple

Donnez votre adresse mail au service des admissions.

Répondez au questionnaire national e-Satis que vous recevrez par mail après votre hospitalisation.



Ce questionnaire ne remplace pas celui qui vous est remis à la sortie par l'établissement. En effet, ces audits internes nous permettent d'améliorer nos pratiques en temps réel... Merci de ne pas l'oublier !

Les équipes du Centre Médical et Pédagogique Les Cadrans Solaires vous remercient pour votre participation.

**Réponse :**       Patient Majeur       Patient mineur

Nom et prénom du patient : .....

Je soussigné (e) M./Mme .....

Accepte de transmettre l'adresse e-mail suivante : .....@.....

Refuse de transmettre l'adresse e-mail

pour participer à l'enquête nationale e-SATIS.

Date : ...../...../..... ; Signature du patient majeur ou du représentant légal du patient mineur :



 <p>une institution de référence pour garantir des admissions et des soins adaptés</p>	<b>CONSENTEMENT POUR LA PRISE DE PHOTO DANS LE CAS DE MA PRISE EN CHARGE (DPI, SMARTFOOD (Logiciel de gestion des repas), ACTIVITES EDUCATIVES ET THERAPEUTIQUES)</b>	<b>CDU-FRM</b>  <b>N° 14576</b> Version 002
<b>Clinique FSEF Vence</b>	<i>2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge</i>	<b>Page 1 sur 1</b>

Etiquette Identification patient
-------------------------------------

Tampon date réception dossier
-------------------------------

Tampon saisie dossier informatisé
-----------------------------------

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et en lien avec l'Identitovigilance (Identité du patient) nous constituons dès l'admission du patient un dossier patient informatisé sécurisé (DPI) auprès du secrétariat du bureau des admissions.

Chaque patient est photographié à l'aide d'un appareil photographique numérique. Après le transfert de la photo dans le DPI, elle est supprimée immédiatement de la mémoire de l'appareil.

Cette image, protégée et accessible uniquement des personnels prenant en charge les patients, sera conservée pendant la durée de son séjour au sein de notre établissement. Elle ne sera ni communiqué à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages. En cas de force majeure, elle pourra être communiquée aux autorités compétentes.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques concernant votre enfant est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui est en fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Par conséquent, merci de bien vouloir compléter le formulaire d'autorisation ci-dessous :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, .....

Patient majeur

Représentant légal du patient .....

Donne mon consentement libre et éclairé à :

- Photographier, sous forme numérique, mon enfant (ou patient majeur) par le professionnel habilité (Secrétaires du bureau des admissions).
- Stocker cette image dans un dossier patient informatisé sécurisé (DPI) et dans le logiciel smartfood (logiciel de gestion de repas) durant le temps de mon séjour.
- Utiliser cette photo dans le cadre de sa prise en charge à des seules fins professionnelles.

Dans l'ensemble des activités éducatives/thérapeutiques individuelles avec visage ou sans et collectives sans reconnaissance des visages.

Fait à Vence,

Le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du patient

Si patient mineur : Signature du représentant légal

Mère   
 Père   
 Tuteur



# Lutter CONTRE la DOULEUR

**CONTRAT  
D'ENGAGEMENT**

Si vous avez peur d'avoir mal, il est possible de prévenir, traiter ou soulager votre douleur :

## PREVENIR :

- ⇒ Les douleurs provoquées par certains soins ou examens : piqûres, pansements, pose de sondes, de perfusion, la rééducation en salle de kinésithérapie ....
- ⇒ Les douleurs parfois liées à un geste quotidien comme une toilette ou un simple déplacement....

## TRAITER OU SOULAGER :

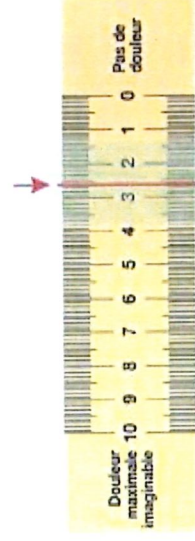
- ⇒ Les douleurs aiguës comme les coliques néphrétiques, celles de fractures...
- ⇒ Les douleurs après une intervention chirurgicale ;
- ⇒ Les douleurs chroniques comme le mal de dos, la migraine et également les douleurs d'amputation, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

**SI VOUS AVEZ DU MAL IL FAUT EN PARLER AUX EQUIPES SOIGNANTES DE LA CLINIQUE :**

Tout le monde ne réagit pas de la même manière devant la douleur ; il est possible d'en mesurer l'intensité.

Pour nous aider à mieux adapter votre traitement, vous pouvez nous indiquer

« **Combien** » vous avez mal en notant votre **douleur de 0 à 10** ou en vous aidant d'une réglette que vous pouvez demander au personnel soignant du service.



Nous allons vous aider à ne plus avoir mal ou à avoir moins mal :

- En répondant à vos questions
- En vous expliquant les soins que nous allons vous faire et leur déroulement,
- En utilisant le ou les moyens les mieux adaptés.

Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent la douleur. Il en existe de différentes puissances. La morphine est l'un des plus puissants. Mais certaines douleurs, mêmes sévères, peuvent nécessiter d'autres traitements.

D'autres méthodes non médicamenteuses sont efficaces et peuvent vous être proposées comme par exemple, le recours à une psychologue, une écoute active par le personnel soignants, le traitement par le froid ou le chaud (pose de glaces) : appelé « cryothérapie », du TENS

## **Avois moins mal ou ne plus avoir mal c'est possible, et c'est un droit**

L'article L. 1110.-5 du code de la santé publique indique ; « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

La clinique de Vence participe à ce programme national et s'engage à prendre en charge votre douleur.

# **LA DOULEUR PARLONS-EN MOTS A MAUX**



## FICHE D'INSCRIPTION A LA SCOLARITE DES CADRANS SOLAIRES

ÉLÈVE

(A REMPLIR PAR LA FAMILLE)

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né (e) le :    /    /    à ..... Département : ..... M  F

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. de l'élève : .....

Coller  
ici  
la photo

PRÉ-ADMISSION OU SÉJOUR PRÉCÉDENT

(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Pré-admission le .. / .. / 2 0 ..

Accompagnateur :

Reçu par :

Séjour précédent du .. / .. / .. au .. / .. / ..

En classe de : .....

ENTRÉE / SUIVI / SORTIE

(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Date d'entrée : .. / .. / 2 0 ..

Médecin référent : .....

Service : .....

Date de sortie : .. / .. / 2 0 ..

Motif du séjour : .....

.....

SCOLARITÉ AUX CADRANS SOLAIRES

(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Classe d'affectation prévue à la date d'entrée : .....

Professeur Principal : .....

LV1 : ..... LV2 : .....

Spécialités en 1<sup>ère</sup>/ Terminale : .....

Modifications durant le séjour :

Date : ..... Classe : ..... PP : .....

Date : ..... Service : .....

Projet prof. : .....

Objectif scolaire du séjour : .....

.....

**RESPONSABLES LÉGAUX****(A REMPLIR PAR LA FAMILLE)****Mère**Autorité parentale : OUI  NON 

Nom Marital (Nom d'usage) ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Profession : .....

Adresse : .....

(Si différente de celle de l'élève)

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... courriel : .....@ .....

**Père**Autorité parentale : OUI  NON 

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Profession : .....

(Si différente de celle de l'élève)

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....courriel : .....@ .....

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale)Autorité parentale OUI  NON 

Organisme : ..... Personne référente : .....

Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

courriel : .....@ .....

**COMPOSITION DE LA CELLULE FAMILIALE**Existe-t-il une décision de justice concernant la garde : *(copie à joindre)* Oui  Non 

Date de la décision : \_\_\_\_\_ Garde confiée à : \_\_\_\_\_

Nombre de sœur(s) : \_\_\_\_\_ Nombre de frère(s) : \_\_\_\_\_ Age(s) : \_\_\_\_\_

Age(s) : \_\_\_\_\_

**Elève inscrit dans un établissement :**

Classe fréquentée : ..... Professeur des écoles ou Professeur Principal : .....

LV1 : ..... LV2 : ..... Boursier : oui  non 

Spécialités 1ères / Terminales : .....

Nom de l'établissement où est inscrit l'élève : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

Courriel : .....@.....

Des aménagements ont-ils été mis en place ? oui  non 

Si oui, lesquels : .....

Nombre d'établissement (s) fréquenté(s) : Ecole : ..... Collège : ..... Lycée : .....

Y a-t-il eu des années devancées : Oui  Non  si oui, lesquelles : .....Y a-t-il eu des redoublements antérieurs : Oui  Non  si oui, lesquels : .....Y a-t-il eu des hospitalisations : Oui  Non Y a-t-il eu des interruptions de scolarité : Oui  Non 

Précisez (dates, conditions...) : .....

 **Elève non inscrit dans un établissement scolaire :**

Dernière classe fréquentée : ..... en 20 .. / 20 ..

Nom du dernier établissement où était inscrit l'élève : .....

Adresse : .....

 **Examens et diplômes**

- DNB OUI  NON
- ASSR 1 OUI  NON
- ASSR 2 OUI  NON

Mention : .....

**DOCUMENT(S) A JOINDRE AU DOSSIER**

**Pour tous les élèves :**  
Si mise en place dans  
l'établissement d'origine

- Copie du PAI (projet d'accueil individuel)
- Copie du PPS (projet personnalisé) ou GEVASCO
- Copie de la notification MDPH de l'attribution d'un AVS (nombre d'heures)
- Copie de la notification de mise à disposition de matériel (informatique ....)

## DOCUMENT(S) A JOINDRE AU DOSSIER

### Elève non inscrit dans un établissement.

- Copie de l'inscription au CNED
- Bulletins antérieurs

### Elève en Primaire :

- Certificat de scolarité année en cours
- Copies du livret scolaire (page de synthèse et du livret des compétences palier 1 et 2)

### Elève en collège

- Certificat de scolarité année en cours
- 3 derniers bulletins trimestriels comprenant l'avis du conseil de classe sur le passage au niveau (ou copie de la fiche d'orientation)
- Livret de compétences palier 3
- Copie de la confirmation d'inscription au DNB (classe de 3<sup>ème</sup>)
- Copie de la demande d'aménagements antérieure

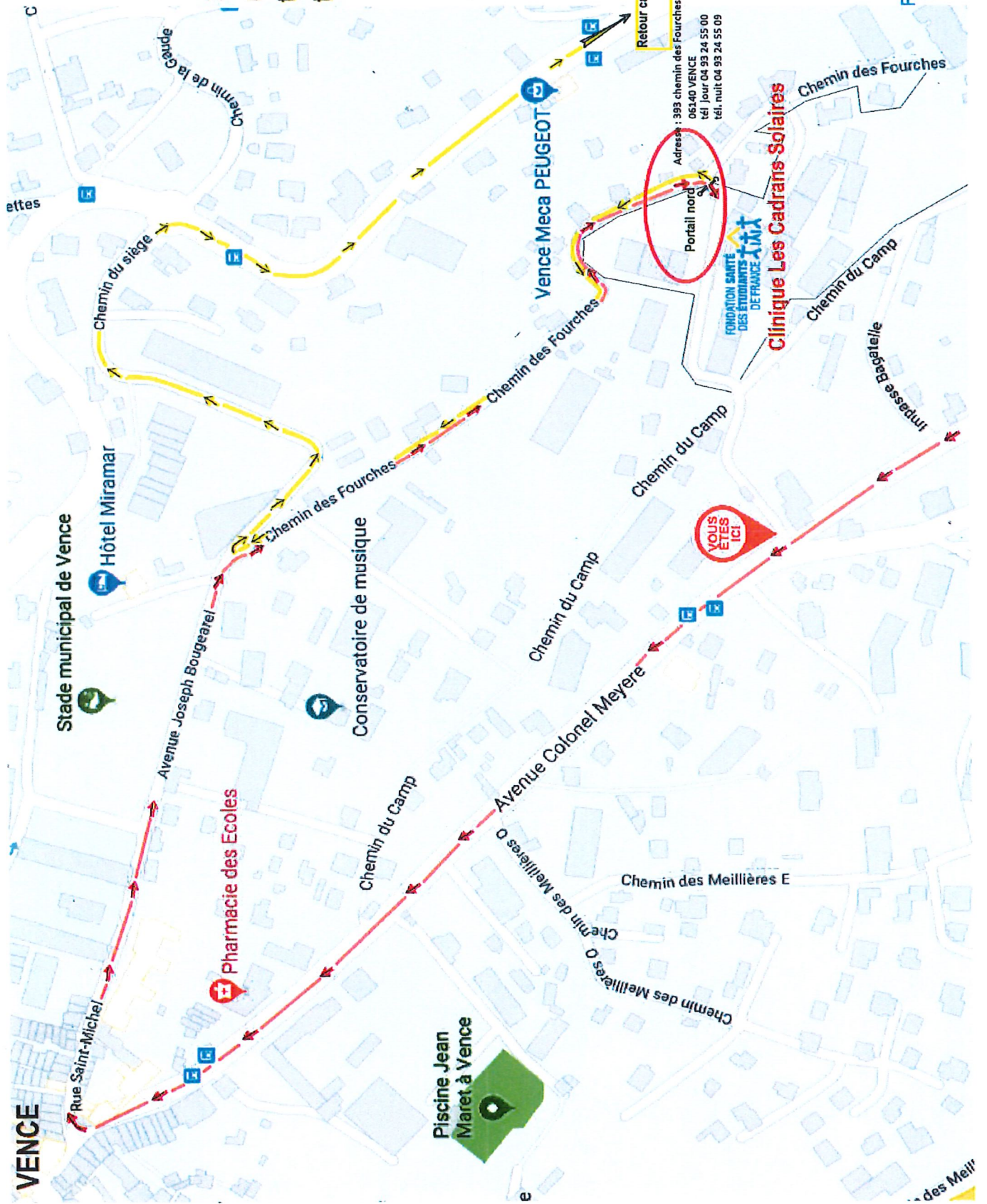
### Elève en lycée

- Certificat de scolarité année en cours
- 3 derniers bulletins trimestriels comprenant l'avis du conseil de classe sur le passage au niveau (ou copie de la fiche d'orientation)
- Copie de la confirmation d'inscription aux examens (classes de 1<sup>ère</sup> et Terminale)
- Copie de la demande d'aménagements antérieure
- Copies du relevé des notes obtenues aux épreuves anticipées ou aux épreuves déjà passées (étalement)

## INFORMATIONS CONCERNANT LA SCOLARITE AUX CADRANS SOLAIRES

(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

**VENCE**



**393 chemin des Fourches**  
**06140 VENCE**  
**tél jour 04 93 24 55 00**  
**tél. nuit 04 93 24 55 09**

➔ Arrivée à la clinique  
Pour quitter la  
clinique suivre le  
fléchage jaune  
➔ Départ de la clinique

Retour cagnes sur mer  
Autoroute

Adresse : 393 chemin des Fourches  
06140 VENCE  
tél jour 04 93 24 55 00  
tél. nuit 04 93 24 55 09



**Clinique Les Cadrans Solaire**

**YOU S'ÊTES ICI**

