



DOSSIER ADMINISTRATIF

Date :



NOM	Prénom
Date de naissance	Âge
Poids	Taille
Adresse	Assuré (si ce n'est pas le patient) et lien avec le patient
Téléphone	Téléphone de l'assuré
Groupe Sanguin	Vaccinations à jour ?
Médecin traitant	Autre médecin
Personne à contacter en cas d'urgence	Son numéro de téléphone

ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

Motif de la consultation kiné ? Pourquoi venez vous ?

Avez-vous une prescription ? Si oui, prescripteur : _____

Historique du motif de la consultation ? (Etapas du traitement orthodontique /ex)

Antécédents familiaux ou habitudes familiales ?
 Orthodontie Ronflement/Apnée du sommeil TABAC Allergies
 Autres ?

Antécédents personnels avec les années si possible
 grossesse difficile accouchement difficile prématurité autre ?
 beaucoup d'otites pose de diabolos
 chirurgies ? des amygdales des végétations de la langue
 allergies respiratoires - si oui, lesquelles ?
 traumatismes (face/cou) - si oui, lesquels
 déformation crânienne de type plagiocéphalie ? ou autre ?
 autres

Habitudes nocives (parafonctions) :
 succion (pouce, sucette, sweat, doudou, têtage de la langue ou autre -merci de préciser -)
 se ronge les ongles
 serrage des dents (si fatigue, stress ou autre - merci de préciser -) grincements la nuit
 mordillement (des lèvres, des joues ou autre - merci de préciser -)
 chewing-gum régulier (fréquence ?)
 mastication permanente de quelque chose (quoi ?)
 mastication préférentiellement d'un côté
 autres

Habitudes d'hygiène nasale : merci de préciser
Se mouche : régulièrement quand le nez est pris rarement voire jamais
Se lave le nez : quotidien quand malade rarement voire jamais
 Avec : Respimer Rhinohorn Sprays eau salée Pipettes de sérum physiologique Autre

Loisirs : merci de préciser
 Sports : _____ Loisirs autres : _____

LE BILAN INITIAL

Votre enfant va commencer par venir faire un bilan maxillo-facial au cabinet. Merci d'arriver 10 minutes avant l'heure du RDV et de préparer tous vos documents.

Il vous faudra prendre **ce document**, votre **carte vitale**, votre **attestation mutuelle**, votre **ordonnance** et votre **dossier complet**. Dans certains cas, c'est le médecin qui envoie directement le dossier et l'ordonnance, si vous n'en avez pas, assurez-vous que ça a été le cas.

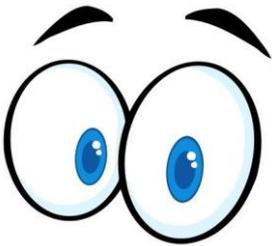
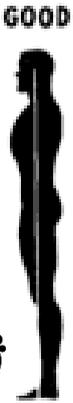
Ce bilan dure 30 minutes environ. C'est à ce moment-là que l'on décide de la suite des événements : rééducation ou pas et si oui, comment elle va s'organiser.

Si nous devons prendre des RDV pour la suite de la rééducation, merci de venir avec **votre agenda ou en tous cas vos disponibilités**.

N.B. : il est préférable qu'au moins 1 des 2 parents soit là afin d'assister au bilan et ainsi de comprendre le traitement qui sera proposé.

A CÔTÉ DE TOUT CELA...

Le traitement de rééducation maxillo-faciale s'inscrit selon moi dans un cadre plus global. Il est en effet rare de n'avoir qu'un trouble ou niveau de la face. Ma prise en charge est globale, donc merci de m'indiquer également les renseignements suivants. Merci de vous poser à chaque fois la question suivante : « **Y a-t-il un traitement en cours / envisagé / passé ou un problème identifié ? Si oui, lequel ?** »

<p>Dentisterie / Orthodontie : Dates et motifs des dernières consultations ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Ophthalmologie : Date et motif de la dernière consultation ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Orthopsie : Date et motif de la dernière consultation ? Y a-t-il eu d'autres suivis ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>ORL ou allergologue : Dates et motifs des dernières consultations ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Orthophonie : Date et motif de la dernière consultation ? Y a-t-il eu d'autres suivis ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Posture, statique corporelle ou autre : Date et motif de la dernière consultation ? Y a-t-il eu d'autres suivis ? Avec quel(s) professionnel(s) ? Malpositions posturales ?</p>	
<p>Kinésithérapie/Ostéopathie : Date et motif de la dernière consultation ? Y a-t-il eu d'autres suivis ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Podologie : Date et motif de la dernière consultation ? Y a-t-il eu d'autres suivis ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Autre ? Avec quel(s) professionnel(s) ?</p>	
<p>Votre enfant a-t-il déjà été victime ou témoin de violences ? <i>Quoi que vous notiez ici, sachez que vous pouvez en parler avec votre professionnel de santé. Osez en parler !</i></p>	

Je, soussigné,, atteste que les renseignements fournis ce jour sont exacts. Fait le à

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Merci et à bientôt !

AUTORISATION D'UTILISER DES INFORMATIONS OU DES IMAGES

Si nous voulons que nos futures générations soient des kinés compétents, nous avons besoin de pouvoir leur enseigner nos disciplines de façon optimale !

Lors de mon activité d'enseignement, que ce soit à l'école de kinésithérapie, lors des formations continues aux kinés déjà diplômés ou lors de publications professionnelles types congrès, articles, mémoires d'étudiants... j'utilise au maximum les informations, images et/ou vidéos de mes patients afin d'être optimale sur le plan pédagogique. Dans tous les cas, ces informations et/ou images s'adressent à des professionnels et sont rendues anonymes.

A chaque prise d'image, je montre toujours les vidéos ou photos aux personnes concernées et je redemande à chaque fois l'autorisation en fonction des images prises. Malgré cela, j'ai besoin d'un accord de consentement écrit pour pouvoir utiliser ces données.

Merci de remplir le consentement ci-dessous :

Je, soussigné,

autorise Mme Anne PIPET, à utiliser les informations thérapeutiques et à prendre des images photo ou vidéo de mon enfant nommé tout au long de la prise en charge en rééducation et à utiliser ces données dans un cadre professionnel uniquement.

En contrepartie, Anne PIPET s'engage à vous refaire valider verbalement image par image l'autorisation après vous les avoir montrées.

Anne PIPET s'engage également à ne pas procéder à une exploitation des données susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et à ne pas utiliser les données de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai ni moi ni mon enfant prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant nommé n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à Signature du ou des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Le

Je vous remercie ! Les étudiants également !

PRINCIPALES PRESTATIONS ET TARIFS REEDUCATION MAXILLO-FACIALE ET POSTUROLOGIE

Prestations	Tarifs	TM*	Reste à votre charge**
Bilan et/ou dossier kinésithérapique et administratif (facturé en plus de la 1 ^{ère} séance de chaque ordonnance et toutes les 10 séances si nécessaire)	23,01 €	23,01 €	0 €
Bilan ou séance de prise en charge maxillo-faciale comprenant la séance de rééducation (prise en charge par la sécurité sociale et votre mutuelle) et la prévention des récurrences, l'éducation thérapeutique, la coopération interprofessionnelle, la thérapie manuelle... <i>Durée avec le thérapeute : 15 à 30 minutes selon les besoins</i>	26,34 €	16,34 €	10,00 €
Posturologie / Orthokinésie : Bilan ou prise en charge comprenant l'analyse clinique posturale statique et dynamique, l'éducation et la rééducation posturale statique et dynamique, l'éducation thérapeutique, la coopération interprofessionnelle... <i>Durée avec le thérapeute : 45 à 75 minutes selon les besoins</i>	70 €	0 €	70 €
Gouttières de rééducation posturale : tétine, orthèse ou activateur buccal selon les besoins	30 à 60 €	0 €	TOUT
Activateurs plantaires (Semelles d'activation posturale), sangles de rééducation, éléments... <i>Règlement direct au laboratoire d'orthopédie ORTHES.</i>	15 à 300 €	Possible si ordonnance de semelles	Demander
Planche oculaire active (<i>il existe 2 difficultés</i>)	20 €	0 €	20 €

* TM = Montant de base de remboursement de la Sécurité Sociale ; ** Reste à votre charge si votre mutuelle vous rembourse 100% du TM, ce qui est le plus fréquent.

Pour les autres tarifs, ils sont affichés à l'entrée. Tarifs valables à partir du 1^{er} Septembre 2018.

Je, soussigné, atteste avoir été informé des tarifs pratiqués par Anne PIPET et ses collaborateurs.

Fait le Signature du ou des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé ».

à

VOTRE ENFANT ET SON SOMMEIL...

Date :

NOM :

Prénom :

Age :

Sexe : Masculin Féminin Autre



Merci de cocher les cases qui correspondent à votre enfant : (Motif)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ronflement ou respiration forte la nuit | <input type="radio"/> Céphalées matinales | <input type="radio"/> Hypertrophie amygdalienne obstructive chronique |
| <input type="radio"/> Respiration buccale (jour ou nuit) | <input type="radio"/> Tendance hyperactive / agitation | <input type="radio"/> Troubles de la croissance staturo-pondérale |
| <input type="radio"/> Réveil(s) nocturne(s) / parasomnies | <input type="radio"/> Isolement social | <input type="radio"/> Dymorphose maxillo-mandibulaire (à remplir par le professionnel) |
| <input type="radio"/> Sommeil agité | <input type="radio"/> Troubles de la concentration, de l'attention ou de la mémoire | <input type="radio"/> Dysfonctions oro-faciales (à remplir par le professionnel) |
| <input type="radio"/> Position de sommeil tête en extension | <input type="radio"/> Pâleur / cernes | |
| <input type="radio"/> Enurésie (pipi au lit) | <input type="radio"/> Impulsivité / Agressivité / Labilité émotionnelle | |
| <input type="radio"/> Réveils difficiles | | |

Merci de cocher les cases qui correspondent à votre enfant : (FDR)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Obésité | <input type="radio"/> Otites (séro-muqueuses ou aiguës) |
| <input type="radio"/> Antécédent familial de syndrome d'apnée du sommeil | <input type="radio"/> Rhinites à répétition |
| <input type="radio"/> Tabagisme environnant | <input type="radio"/> Asthme |
| <input type="radio"/> Naissance prématurée | <input type="radio"/> Allergies respiratoires (pollens, poils...) |
| <input type="radio"/> Reflux gastro-oesophagien (RGO) | <input type="radio"/> Déviation de la cloison nasale |
| <input type="radio"/> Angines à répétition | <input type="radio"/> Obstruction des voies nasales |

Les écrans !

Combien d'heures par jour votre enfant est-il devant les écrans (tout cumulé) ? heures

Votre enfant est-il devant les écrans après le repas du soir ? Oui Non

Combien de fois par semaine ?

Combien de temps ?

L'écran est-il dans sa chambre ? Oui Non

Les horaires et habitudes de sommeil :

- | | |
|---|--|
| - Heure de coucher le soir en semaine : | |
| - Heure du lever le matin en semaine : | ⇒ Total heures sommeil semaine : h |
| - Heure de coucher le soir en WE : | |
| - Heure du lever le matin en WE : | ⇒ Total heures sommeil semaine : h |

Votre enfant fait-il la sieste ? Oui Non

Avez-vous mis en place un rituel du coucher ? Oui Non

Votre enfant dort-il dans sa chambre ? Oui Non

Votre enfant rejoint-il le lit parental la nuit ? Oui Non

Moins de 1 fois par semaine

De 3 à 4 fois par semaine

Plus de 4 fois par semaine

Votre enfant mange-t-il la nuit ? Oui Non

Si oui, combien de fois ?

Souhaitez-vous avoir plus d'informations sur : si oui, mail :

Les bonnes habitudes de sommeil

Les bonnes habitudes avec les écrans

Merci !

Anne PIPET - kinelandry@gmail.com

