

**MODALITES D'ADMISSION POUR UNE HOSPITALISATION RELAIS
EN NEUROLOGIE PEDIATRIQUE**

Lorsque votre enfant présente une pathologie neurologique, cela demande souvent une prise en charge et une présence importante. Il est parfois nécessaire de pouvoir souffler pendant quelques jours afin de reprendre l'énergie nécessaire pour poursuivre cet accompagnement.

Au Centre Hospitalier Neurologique William Lennox, nous proposons d'accueillir votre enfant dans le service de neurologie pédiatrique durant une période à déterminer.

Voici les modalités de la prise en charge que nous proposons.

A quels patients ces hospitalisations peuvent-elles être proposées ?

Enfants de 0 à 18 ans accomplis présentant une pathologie neurologique.

Critères d'exclusion :

- Trouble du spectre autistique
- Pathologie pédopsychiatrique
- Les troubles du comportement légers à modérés sont évalués en préadmission. Le neuropédiatre est en droit de refuser l'admission d'un patient après la consultation de préadmission.

Pour quelle durée ?

- Hospitalisation de 1 à 3 semaines maximum, par demande
- Semaine du lundi au vendredi avec possibilité de prolonger le WE
- Possibilité de prise en charge uniquement le WE : du vendredi matin au lundi après-midi
- Durée d'hospitalisation fixée lors du contact entre l'assistante sociale et les parents.

Modalités

- Le personnel paramédical assure les prises en charge habituelles du patient.

Procédure d'admission

- Patient suivi par un médecin de l'institution : effectuez votre demande auprès de celui-ci. Dossier de demande d'admission à compléter par les parents.
- Patient non connu de l'institution : dossier de demande d'admission à remplir par le médecin référent de l'enfant en collaboration avec les parents et à adresser au service social du CHN William Lennox.
- La demande est examinée par l'équipe médicale et sociale afin de s'assurer de son adéquation et des disponibilités. Un contact téléphonique a ensuite lieu entre l'assistante sociale et les parents afin de préciser les modalités sociales et éventuellement fixer une consultation de préadmission en présence d'un médecin et d'une infirmière.



**DOCUMENT DE DEMANDE D'ADMISSION EN NEUROLOGIE PEDIATRIQUE
POUR UNE HOSPITALISATION RELAIS**

Date de la demande :

A COMPLETER PAR LA FAMILLE OU TOUT AUTRE INTERVENANT

Durée souhaitée du séjour : du au

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Numéro national : Numéro carte identité :

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Adresse :
.....
.....

Nationalité :

Personne de contact prioritaire : nom :

Tél :

CONTACTS PARENTS

1 Nom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél. : GSM :

2 Nom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél. : GSM :

CONTACTS PERSONNE DE REFERENCE EN BELGIQUE *(dans le cas où la famille est à l'étranger)*

Nom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél. : GSM :

SITUATION SOCIALE

- **Mutuelle**

Fédération :

- **Assurance :**

.....

- **C.P.A.S. de :**

.....

Personne de contact :

- **Autre** (Centre Fedasil, Communautés Européennes, etc.)

Personne de contact :

- **Institutions ou Services :**

☐ SAJ / SPJ de :

Nom du /de la délégué(e) :

☐ Institution :

Personne de contact :

☐ Autre :

Personne de contact :

Nom de la personne qui a rempli le document :

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



**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN REFERENT
EN COLLABORATION AVEC LA FAMILLE**

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :/...../.....

MEDECIN REFERENT DE L'ENFANT

.....

PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX PERTINENTS

.....

.....

.....

COMPORTEMENT

.....

.....

.....

ALIMENTATION

☐ Autonome

☐ Aide partielle / complète :

☐ Gastrostomie ☐ Sonde naso-gastrique

☐ Gavage : type et fréquence :

☐ Matériel spécifique :

⇒ Régime : déjeuner / souper :

goûter :

dîner :

⇒ Consistance :

⇒ Allergie :

SOMMEIL

☐ Habitudes :

☐ Sieste :

Type de lit :

- ☐ Lit cage
- ☐ Lit avec barreaux
- ☐ Lit sans barreaux

AUTONOMIE : MOBILISATION

- ☐ Autonome
- ☐ Avec aide :
 - ☐ 1 personne
 - ☐ Buggy
 - ☐ Chaise roulante
 - ☐ Autre :

COMMUNICATION : Communication verbale :

- ☐ Adéquate
- ☐ Difficile
- ☐ Absente

Communication non verbale

- ☐ Outil :

ELIMINATION

- | | | |
|----------|---|---|
| ⇒ Urines | ☐ Continence J/N | ☐ Incontinence J/N |
| ⇒ Selles | ☐ Continence J/N | ☐ Incontinence J/N |
| | ☐ Constipation | ☐ Diarrhée |

TRAITEMENT EN COURS

MEDICAMENT	POSOLOGIE	HORAIRE

MATERIEL SPECIFIQUE

.....

.....

.....

LIEUX DE VIE / ECOLE

.....

.....

.....

PRISES EN CHARGE PARAMEDICALES HABITUELLES ET FREQUENCE

.....

.....

.....

REMARQUES SPECIFIQUES / INFOS

.....

.....

.....

Date : .. / /

SIGNATURE DU MEDECIN REFERENT ET DES PARENTS :