

DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE

Date de la demande :

Personne de contact :

N° de tél :

Médecin demandeur de l'hospitalisation :

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR
LA FAMILLE OU TOUT AUTRE INTERVENANT SOCIAL**

Avant toute analyse du dossier, il est indispensable que nous disposions de tous les rapports de consultations/hospitalisations antérieurs concernant le patient.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom, prénom :

Date de naissance :

Numéro national :

Numéro carte identité :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Adresse :

Tél. personne de contact prioritaire :

Situation familiale :

- ☐ Vit avec ses deux parents
- ☐ Parents séparés garde alternée ou garde principale chez :
- ☐ Vit en internat la semaine et en famille le week-end
- ☐ Vit en famille d'accueil
- ☐ Est placé en institution, maison d'enfant, SRJ :
- ☐ Autre :

Nationalité :

lien de parenté :

lien de parenté :

☐ non

☐ non

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Mutuelle :

Assurance :

C.P.A.S. de :

Personne de contact :

Autre : (centre Fedasil, Communautés européennes, ...) :

Personne de contact :

INSTITUTION ou SERVICE :

☐ SAJ :

SPJ :

Nom du/de la délégué(e) :

REMARQUES PARTICULIERES (projet post-hospitalier, démarches en cours, ...)

Nom de la personne ayant rempli le document :

Tél. :

Adresse mail :

Date :

DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE

DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN
--

Nom, prénom du patient :

Date de naissance :

MOTIF DE DEMANDE D'HOSPITALISATION

☐

Bilan

☐

Revalidation

Dans le cadre de :

☐

Pathologie et lésions neurologiques (pathologies inflammatoires, infectieuses, vasculaires, traumatisme) : précisez :

☐

Bilan et prise en charge d'épilepsie : précisez :

☐

Troubles des apprentissages : précisez :

☐

Troubles neuro-développementaux : précisez :

☐

Post-op de patient présentant une pathologie neurologique : précisez :

ATTENTES DU DEMANDEUR

ANTECEDENTS

TRAITEMENT EN COURS

DEGRE D'AUTONOMIE :

Aide à l'alimentation ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Aide à la mobilisation : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Assistance respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Propreté acquise : Jour : ☐ Oui ☐ Non
 Nuit : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

TROUBLES DU COMPORTEMENT ASSOCIES EVENTUELS (violence, fugues, comportement sexualisé, risque suicidaire...) :

Afin de faciliter notre prise de décision, tout renseignement complémentaire jugé pertinent et/ou rapports médicaux/paramédicaux antérieurs nous seront utiles.

Date :

Nom, prénom du médecin :

Tél. :

Adresse mail :