**Dr C. Gobert, *Neuropédiatre, référente de service***

Dr C. Bonnier, *Neuropédiatre*

Dr S. Boulvin, *Neurologue*

Dr D. Delaby, *Médecin hospitalier, tr. apprentissages*

Dr C. De Vos, *Médecin hospitalier*

Dr P. Faveron, *Pédopsychiatre*

Dr G. Gilbert, *Neuropédiatre*

Dr B. Guyon, *Médecin hospitalier*

Dr C. Malghem, *Spécialiste en Médecine physique*

Dr E. Nicolaï, *Neuropédiatre*

Dr C. Preux, *Pédiatre*

|  |
| --- |
| **DEMANDE TÉLÉMÉTRIE****(Monitoring EEG vidéo prolongé en hospitalisation)** |

Ottignies-Louvain-La-Neuve, le [[DATE\_JOUR:01]]

|  |
| --- |
| Patient : [[ADMIN\_PAT\_NOM\_MAJ:01]], [[ADMIN\_PAT\_PRENOM:01]] ([[ADMIN\_PAT\_NUMADIN:01]])Date de naissance : [[ADMIN\_PAT\_DATNAISS:01]]NISS : [[ADMIN\_PAT\_NISS:01]]Adresse : [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_RUE:01]] [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_COMMUNE:01]]Téléphone : [[ADMIN\_PAT\_TELEPHONE:01]] |

**Renseignements cliniques :**

* Diagnostic principal :
* Motif de l'examen : [ ]  diagnostic syndromique ou du type de crise
 [ ]  enregistrement de crises bilan préchirurgical
 [ ]  suivi, évaluation thérapeutique
 [ ]  autre, à préciser :
* Durée estimée nécessaire : [ ]  24h [ ]  48h [ ]  Une semaine
 [ ]  autre, à préciser :
* Traitement en cours :
* Allergies :
* Régime alimentaire :

**Projet de soins établi :**

|  |
| --- |
| **[ ]** Soins maximaux, en ce compris réanimation cardio-pulmonaire[ ]  Soins maximaux, y compris soins intensifs, mais pas de réanimation cardio-pulmonaire[ ]  Transfert en hôpital général si besoin, par exemple pour bilan, mais pas de soins intensifs[ ]  Traitement uniquement au CHNWL, sans transfert en hôpital général[ ]  Pas d'instauration de traitement curatif, mais maintien des thérapeutiques habituelles[ ]  Exclusivement soins de confort, traitement symptomatique, palliatif |

**Modalités de prise en charge :**

* Sevrage médicamenteux : OUI – NON
* Accompagnant indispensable : OUI – NON
* Particularités pour le nursing :
 [ ]  patient pédiatrique
 [ ]  patient dépendant pour les activités quotidiennes
 [ ]  matériel particulier
 [ ]  autre, à préciser :

(Selon le motif de votre demande, le service de Neurophysiologie clinique du CHNWL pourra modifier la durée estimée nécessaire)

**Bilans demandés** *(maximum 4 types de testings réalisés en 2 jours) :*

|  |
| --- |
| [ ]  Avis pédopsychiatrique |
| [ ]  ETP |
| [ ]  Biologie sanguine |
| [ ]  Neuropsychologie\* : |
| [ ]  Evaluation intellectuelle globale |
| [ ]  Evaluation intellectuelle non verbale |
| [ ]  Niveau de développement (Bayley) |
| [ ]  Evaluation attentionnelle, exécutive et mnésique |
| [ ]  Logopédie\* : |
| [ ]  Langage oral |
| [ ]  Langage écrit |
| [ ]  Prérequis en communication |
| [ ]  Déglutition |
| [ ]  Langage oral + suspicion dysphasie |
| [ ]  Prérequis en langage écrit |
| [ ]  Observations |
| [ ]  Psychomotricité\*\* : |
| [ ]  Coordination motrice et fonction sensorimotrice |
| [ ]  Habilités graphiques |
| [ ]  Habilités visuospatiales |
| [ ]  Niveau de développement moteur (Bayley) |
| [ ]  Kinésithérapie\*\* : |
| [ ]  Evaluation motrice globale |
| [ ]  Niveau de développement moteur (Bayley) |
| [ ]  Evaluation des appareillages |
| [ ]  Psychologie :  |
| [ ]  Avis psychoaffectif |
| [ ]  Entretien de famille |
| \* un seul examen par discipline possible.  |
| \*\* si réalisable lorsque l’EEG est ôté. |

**Hospitalisation de relais à plus long terme si nécessaire souhaitée :**

[ ]  OUI [ ]  NON

**Résultats :**

[ ]  Sortie d’hospitalisation [ ]  En consultation

**Pour les patients non suivis au CHN William Lennox, prière de joindre à la présente demande les éléments pertinents du dossier (traitement actuel, antécédents relevants, affection actuelle, …) ainsi que les bilans paramédicaux réalisés antérieurement.**

|  |
| --- |
| **À envoyer par fax au secrétariat de neuropédiatrie (010/430.246)** **ou par mail (telemetrie.secmed@chnwl.be)** |

[[USER\_NAME:01]]

[[USER\_INAMI:01]]