

## 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 16 ans accomplis présentant une pathologie neurologique.

#### Critères d'exclusion :

- Trouble du spectre autistique
- Pathologie pédopsychiatrique
- N.B : 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
- Maximum 3 semaines par an par enfant
- Semaine du lundi au vendredi avec possibilité de prolonger le WE
- Pas de possibilité de prise en charge uniquement le WE
- 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 : .....

Lieu de naissance : .....

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

Sexe :  masculin                       féminin

Adresse :

.....  
 .....

Nationalité : .....

Personne de contact prioritaire : nom : .....

Tél : .....

**CONTACTS REPRESENTANT LEGAL**

1 Nom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... GSM : .....

2 Nom : .....

Lien avec l'enfant: .....

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 :