

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 :

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 :

DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE

<p>DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN</p>

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 :

DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR
LE SERVICE INFIRMIER**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Communication verbale :

Adéquate

Difficile

Absente

Communication non verbale :

Outil :

Méthode :

Comportement :

Désorientation spatio-temporelle

Risque de fugue

Agitation nocturne

Agressivité

Assuétude(s) :

Difficultés relationnelles

Commentaires :

Mobilisation :

Autonome

Avec aide : 1 personne

K-walker

Buggy

Chaise roulante

Autre :

Très dépendant : Lever

Possible : Durée :

Impossible

Respiration :

Normale

Aspiration : Fréquence :

Aérosol :

Oxygène :

Trachéo : Type :

Placée ou changée le :

Alimentation :

Autonome

Aide partielle

Aide complète

Troubles de la déglutition

Habitudes

Sonde gastrique : placée ou changée le :

Gastrostomie : placée ou changée le :

Gavage : Type :

Fréquence :

Matériel spécifique :

Régime : Déjeuner / Souper :

Goûter :

Dîner :

Consistance :

Allergie :

Hygiène :

Autonome

Aide partielle

Aide complète

État cutané :

Escarre : Stade :

Localisation :

Plaie : Type :

Localisation :

Habillage :

Autonome

Aide partielle

Aide complète

Élimination :

Urines :	Contenance J/N	Incontinence J/N
Selles :	Contenance J/N	Incontinence J/N
	Constipation	Diarrhée
Lange :	Jour	Nuit
Menstruations :	Oui	Non

Sommeil :

Habitudes :
Sieste :
Lit cage
Lit Avec barreaux
 Sans barreaux
Orthèse totale de nuit :

Infection :

Type :
Isolement : Oui Non
Précautions additionnelles :

Informations complémentaires :

Date :
Hôpital :
Service :
Nom de l'infirmier(e) :
Tél. du service :