

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 :