

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

*Volet 1 : à destination du médecin demandeur*

*Merci au médecin qui adresse l'enfant, aidé de la famille, de remplir le formulaire ci-dessous (5 pages), avant de le renvoyer à l'adresse mail suivante : [contact@sbd-clea.fr](mailto:contact@sbd-clea.fr)*

*Seuls les formulaires suffisamment complétés et étayés seront étudiés, avant accord pour une 1ère consultation sur notre unité. Nous enverrons dans ce cas une réponse à votre demande aussi rapidement que possible. Merci de votre compréhension et de votre participation précieuse.*



► **Concerne l'enfant**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

► **Sont informés du projet de prise en charge en hôpital de jour :**

**Tous les responsables légaux** → information et consentement : OUI NON

L'enfant

► **Qui adresse et qui prend en charge ?**

Date de la demande :

Médecin demandeur :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Si autres, les médecins suivants sont-ils informés de la demande et de la prise charge actuelle ?

• Pédiatre référent / généraliste traitant (nom +/- coordonnées) : OUI NON

Dr

• Pédopsychiatre référent ambulatoire (nom +/- coordonnées) : OUI NON

Dr



## ► Parcours d'évaluation et de prise en charge

Diagnostic déjà posé ?

Dossier MDPH déjà réalisé ? OUI NON

Le patient est-il pris en charge au titre de l'ALD ? OUI NON

Bilans paramédicaux déjà réalisés :

✓ Neuropsychologie :

✓ Ergothérapie :

✓ Orthophonie :

✓ Psychomotricité :

✓ Autres :

Bilans paramédicaux déjà réalisés :

**ORL (audiométrie)-ophtalmologie (acuité visuelle) : OUI NON**

Neuropédiatrie-génétique : OUI NON

Autres :



✓ Historique de la prise en charge psychiatrique et psychologique :

✓ Historique des traitements psychotropes (merci de préciser la molécule, la posologie, la date de prescription initiale et la durée, +/- efficacité et effets secondaires) :

✓ **Prise en charge actuelle :**

✓ **Traitement médicamenteux actuel :**

✓ **Antécédents médicaux somatiques** dont allergies médicamenteuses ou alimentaire connues :

L'enfant a-t-il déjà souffert :

D'un retard de croissance ou de développement ?  
De convulsions / épilepsie ?  
D'un épisode de perte de conscience ? De blessures à la tête ?  
De méningite ?  
De dystrophie musculaire ?  
De neurofibromatose ?  
D'infections ORL (angines, otites...) à répétition ?

De douleur dans la poitrine ou le bras, d'essoufflement, de malaise... à l'effort ?  
D'hypertension ou de tachycardie ?  
De problème de thyroïde ?  
De glaucome ?  
De diabète ?  
D'énurésie ?  
D'apnée, ronflements importants ou d'autres troubles du sommeil ?



► Vos commentaires et demandes vis-à-vis de notre équipe

► Divers

**CACHET ET SIGNATURE (obligatoire)**