

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION CLEA

Prise en charge en Hôpital de Jour

(Ce formulaire n'est pas destiné aux demandes de bilans intellectuels ou attentionnels mais exclusivement pour une prise en charge hôpital de jour)

Volet 2 : à destination des parents ou responsables légaux

► Concernant le patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

► Type de problématique :

Parcours TDAH (diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité)

Parcours RSA (problématique de Refus Scolaire Anxieux)

► Nom du médecin adresseur :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :

Spécialité médicale :

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Autre médecin référent de l'enfant :

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :

Merci de remplir ce formulaire à rapporter au moment de la première consultation sur notre unité. Vous pouvez aussi le renvoyer directement par mail à l'adresse sécurisée contact@sbd-clea.fr ou par courrier au 9, rue Abraham Bloch - 69007 LYON

Si certaines questions nécessitent des précisions, mettez une croix et nous prendrons le temps d'en discuter le jour de la consultation. Ces informations sont confidentielles et seront consignées dans le dossier médical de votre enfant.

Concernant l'enregistrement du document, il serait souhaitable que le titre du document comprenne les noms et prénoms de l'enfant (NOM-PRENOM-Formulaire parents CLEA). Par ailleurs, merci de bien vouloir vérifier que ce dernier a été correctement enregistré après l'avoir complété.

Ce questionnaire a pour but de rassembler des données importantes concernant le parcours médical, psychologique et socio-familial de votre enfant. Il constitue une base pour le premier entretien avec le médecin de notre unité. Cet effort qui vous est demandé permet au médecin de mieux cibler son interrogatoire et dégage plus de temps en consultation pour approfondir vos propres interrogations. Le remplissage du questionnaire engage également un premier travail d'enquête de votre part dans les documents médicaux, paramédicaux, scolaires, mais également dans vos précieux souvenirs, parfois lointains, ou dans ceux de vos proches. Nous vous remercions pour votre collaboration et pour le temps consacré à ce questionnaire !

L'équipe de CLEA



PARTIE 1

A remplir impérativement en vue de valider ou non votre dossier et de vous proposer le cas échéant une consultation de préadmission médicale (vous aurez alors à remplir la PARTIE 2 du formulaire pour cette consultation).

► Informations socio-familiales

Situation familiale (parents mariés, divorcés...) et mode de garde (préciser si autorité exclusive d'un parent et fournir l'attestation) :

Qui est détenteur de l'autorité légale ? (merci aux parents d'amener les justificatifs éventuels)

Les 2 parents

Un seul des 2 parents :

Autre :

Lieu de vie de l'enfant : chez

Responsables légaux :

1. Nom, prénom et lien avec l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Numéro de téléphone :

2. Nom, prénom et lien avec l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Numéro de téléphone :

Aide éducative ou autre mesure socio-judiciaire en cours (depuis quelle date ?)

Coordonnées du travailleur social référent / de la structure référente :

N° sécurité sociale

► Langue de l'enfant :

Langue maternelle :

Langue parlée à la maison :

► **Motif de la consultation et attentes de votre part :**

Problématique principale selon vous ?

Quelle est votre hypothèse sur **la source des difficultés** de votre enfant ?

Votre demande et vos attentes vis-à-vis de notre équipe de soin ?

Qu'est-ce qui vous a décidé à consulter maintenant ?

Quand et quels ont été les **premiers signes** que vous avez repérés ?

DUREE	FREQUENCE	INTENSITE	SPHERES TOUCHEES
Depuis plusieurs jours	A l'occasion	Très peu intense	Très peu intense
Depuis des semaines	A chaque mois	Peu intense	Peu intense
Depuis plusieurs mois	A chaque semaine	Plus ou moins intense	Plus ou moins intense
Depuis plus d'un an	A tous les jours	Intense	Intense
Depuis des années	A toutes les heures	Très intense	Très intense

EVOLUTION	DANGEROSITE	RISQUE SUICIDAIRE	
S'améliore rapidement	Très faible	Tentative antérieure	L'endroit est fixé
S'améliore lentement	Relativement faible	Suicide dans la famille	Le moment est fixé
Reste stable	Moyenne	A l'intention de le faire	A écrit une lettre d'adieu
Se détériore lentement	Assez élevée	A un plan établi	A fait son testament
Se détériore rapidement	Très élevée	Arme accessible	A donné de ses biens

Avez-vous repéré ce qui aggrave ou améliore les troubles ?

