

## 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 1 : A destination du médecin adresseur*

#### ► Concernant le patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

#### ► Type d'indication :

Parcours TDAH

Parcours RSA

Comorbidités connues

#### ► Nom du médecin adresseur :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secretariat médical :

#### Spécialité médicale :

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Ce formulaire peut être envoyé par mail à l'adresse sécurisée [contact@sbd-clea.fr](mailto:contact@sbd-clea.fr) ou par courrier au 9, rue Abraham Bloch - 69007 LYON

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.

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



**Autre médecin référent de l'enfant :**

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secretariat médical :

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

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

L'enfant

Les responsables légaux sont informés de la nécessité de remplir un formulaire « parents » :

→ OUI NON (formulaire disponible sur le site internet CLEA)

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

Diagnostic(s) déjà posé(s) ?

Dossier MDPH déjà réalisé ? OUI NON

ALD : OUI NON

► **Bilans médicaux**

ORL (audiométrie) : OUI NON

Ophthalmo (acuité visuelle) : OUI NON

Neuropédiatrie / Génétique : OUI NON

Bilan somatique

Constantes :

Pouls :

TA :

Poids :

Taille :

### **Vaccinations**

Vaccinations à jour : OUI NON

### **Antécédents médicaux somatiques :**

#### **Traitement médicamenteux actuel :**

L'enfant prend-il un **traitement** médicamenteux ? OUI NON

→ Si oui (merci d'apporter la dernière ordonnance) : dosage ? durée du traitement ? efficacité ? effets secondaires ?

#### **Historique des traitements psychotropes :**

L'enfant a-t-il déjà bénéficié d'un traitement médicamenteux prescrit par un neurologue/un pédopsychiatre ? OUI NON

→ Si oui : date (année) ? dosage ? durée du traitement ? efficacité ? effets secondaires ?



**Bilans déjà réalisés :**

Psychologue clinicien  
Psychologue-neuropsychologue  
Ergothérapeute  
Orthophoniste  
Psychomotricien  
Autres :

► **Résultats du dernier bilan biologique réalisé :**

Pensez à joindre une photocopie.

► **Prise en charge actuelle :**

En structure : (CMP, CATTP, SESSAD...)

En libéral : (depuis quand, pour quel trouble ?)

Suivi auprès d'un pédopsychiatre :

Suivi auprès d'un psychologue ou neuropsychologue :

Suivi auprès d'un orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute :

Historique de la prise en charge :

Mentionner dates, noms et indications.

Suivi auprès d'un pédopsychiatre :

Suivi auprès d'un psychologue ou neuropsychologue :

Suivi auprès d'un orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute :

**Suivi socio-éducatif et/ou judiciaire et mesures en place (aide éducative...) : OUI NON**



## Antécédants médicaux somatiques :

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 ?

L'enfant a-t-il des **allergies** (aliments, médicaments) ? :

### ► Antécédents familiaux :

OUI NON

Avez-vous connaissance de maladies ou troubles notables chez les membres de la **famille** qu'il vous semble utile de mentionner, ou des catégories suivantes :

Décès prématuré de cause cardiaque, malformation cardiaque, troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, etc.

Pathologie neurologique (épilepsie ...) ou psychiatrique (dépression, anxiété, etc ...)

Troubles du spectre autistique (autisme), troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, TDAH, etc.) ou déficience intellectuelle (« retard mental »)

Autres :

► Vos commentaires et attentes vis-à-vis de la prise en charge à l'Hôpital de Jour

**CACHET ET SIGNATURE (obligatoire)**