

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION

### Unité TRAP – Troubles des apprentissages de 6 à 18 ans

Merci au **médecin** qui adresse l'enfant, aidé de la famille, de remplir le formulaire ci-dessous, avant de le renvoyer à l'adresse mail suivante accompagné des bilans déjà effectués : trap@resamut.fr

*Seuls les formulaires suffisamment complétés et étayés seront étudiés, avant accord pour une 1ère consultation sur notre unité. Merci de votre compréhension et de votre participation précieuse.*

*Attention : Nous n'assurons pas de consultations hors cadre de préadmission hospitalière.*

➤ Concerne l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Âge (6 ans minimum) : \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° téléphone et adresse mail des parents/tuteurs légaux : \_\_\_\_\_

➤ Qui adresse et qui prend en charge ?

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Médecin demandeur** : \_\_\_\_\_

▪ Adresse : \_\_\_\_\_

▪ Téléphone : \_\_\_\_\_

▪ Mail : \_\_\_\_\_

Suivez-vous l'enfant régulièrement / participez-vous à la coordination des soins le concernant ? OUI / NON

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 \_\_\_\_\_

Demande d'hospitalisation pour :

- Bilans psychologiques et neuropsychologiques hospitaliers à visée diagnostique
- Réévaluation ou mise en route prudente de traitement sous surveillance hospitalière

Sont informés du **projet d'hospitalisation** :

- Tous les responsables légaux → information et consentement : OUI / NON
- L'enfant

➤ Parcours d'évaluation et de prise en charge :

- Diagnostic déjà posé ? (lequel/par quel professionnel ?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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 (année + conclusion. Suivi en cours ?)  
\_\_\_\_\_
- Ergothérapie (année + conclusion. Suivi en cours ?)  
\_\_\_\_\_
- Orthophonie (année + conclusion. Suivi en cours ?)  
\_\_\_\_\_
- Psychomotricité (année + conclusion. Suivi en cours ?)  
\_\_\_\_\_
- Autres (année + conclusion. Suivi en cours ?)  
\_\_\_\_\_

➤ Bilans médicaux d'intérêts 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 ):

---

---

---

---

Traitement médicamenteux actuel :

---

---

---

---

Antécédents médicaux somatiques dont allergies médicamenteuses ou alimentaires connues :

---

---

➤ L'enfant a-t-il déjà souffert :

<p><input type="checkbox"/> D'un retard de croissance ou de développement ?</p> <p><input type="checkbox"/> De convulsions/épilepsie ?</p> <p><input type="checkbox"/> D'un épisode de perte de conscience ? De blessures à la tête ?</p> <p><input type="checkbox"/> De méningite ?</p> <p><input type="checkbox"/> De dystrophie musculaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> De neurofibromatose ?</p> <p><input type="checkbox"/> D'infections ORL (angines, otites...) à répétition ?</p> <p><input type="checkbox"/> De douleur dans la poitrine ou le bras, d'essoufflement, de malaise... à l'effort ?</p> <p><input type="checkbox"/> D'hypertension ou de tachycardie ?</p> <p><input type="checkbox"/> De problème de thyroïde ?</p> <p><input type="checkbox"/> De glaucome ?</p> <p><input type="checkbox"/> De diabète ?</p> <p><input type="checkbox"/> D'énurésie ?</p> <p><input type="checkbox"/> D'apnée, ronflements importants ou d'autres troubles du sommeil ?</p>
---

➤ Qu'attendez-vous de l'hospitalisation demandée ? Quelle est votre demande vis-à-vis de notre équipe ? Quelle sont vos hypothèses explicatives et vos questionnements concernant la situation de cet enfant ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Cachet & signature du médecin (obligatoires)

--