

FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION

Unité TRAP – Diagnostic complexe du TDAH

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

Attention : En remplissant ce formulaire vous faites une demande **d'hospitalisation complète** pour l'enfant. Les rdv de consultation donnés ont pour but de préparer et valider la nécessité d'une hospitalisation. Nous n'assurons pas de consultations simples de suivi, d'avis ou de confirmation diagnostique. Notre fonctionnement est expliqué sur : <https://www.medipolelyonvilleurbanne.fr/specialite/prise-en-charge-des-troubles-de-lapprentissage/>

➤ Concerne l'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Âge (6 ans minimum) : _____

Adresse(s) 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 de ses soins? OUI / NON

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

✓ Pédiatre référent / généraliste traitant : Dr _____ OUI / NON

✓ Pédopsychiatre référent ambulatoire : Dr _____ OUI / NON

✓ CMP ou autre structure de soins : Nom _____ OUI / NON

Demande **d'hospitalisation** avec observation clinique pour :

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

Sont informés et en accord pour **l'hospitalisation complète** :

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

Sans accord pour une hospitalisation, ne pas poursuivre la demande et s'adresser à une structure libérale ou ambulatoire

➤ 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) : OUI / NON

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) :

Antécédents médicaux notables (en particulier cardio-vasculaires, neurologiques) :

Autres antécédents médicaux somatiques dont allergies médicamenteuses ou alimentaires connues :
