

FORMULAIRE DE DEMANDE **D'HOSPITALISATION**

Unité TRAP – **Diagnostic complexe du TDAH** **de 6 à 17 ans**

Merci de renvoyer **le volet 1 signé par le médecin et le volet 2 signé par les parents /tuteurs légaux** à l'adresse mail : trap@resamut.fr

Cette demande doit impérativement être accompagnée **de tous les comptes-rendus de bilans** déjà réalisés pour l'enfant (psychologie, neuropsychologie, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, orthoptie...)

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/>

Seuls les dossiers suffisamment complétés et signés seront étudiés, avant accord pour la consultation de préparation à l'hospitalisation. Merci de votre compréhension et de votre participation précieuse.

Volet 1 : Médecin

Merci au **médecin qui suit** l'enfant remplir ce questionnaire.

➤ Concerne l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de
naissance : _____

➤ Qui adresse et qui prend en charge ?

☐ Date de la demande :

☐ **Médecin demandeur** : _____

Téléphone : _____ Mail _____

Attestez-vous suivre l'enfant régulièrement ou participer à la coordination de ses soins ? OUI / NON

Pourrez-vous assurer la suite de la prise en charge concernant le suivi de traitement ? OUI / NON

Les autres médecins 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 et introduction de traitement
- ☐ Réévaluation prudente de traitement sous surveillance hospitalière

➤ Parcours d'évaluation et de prise en charge :

- ☐ Diagnostics déjà posés ? (lesquels/par quels professionnels ?)

➤ Bilans médicaux et paramédicaux déjà réalisés :

ORL (audiométrie) : OUI / NON

ophtalmologie (acuité visuelle) : OUI / NON

Neuropédiatrie-génétique : OUI / NON

- ☐ Neuropsychologie (année + conclusion. Suivi en cours ?)

- ☐ Psychomotricité (année + conclusion. Suivi en cours ?)

- ☐ Ergothérapie (année + conclusion. Suivi en cours ?)

- ☐ Orthophonie (année + conclusion. Suivi en cours ?)

- ☐ Autres (année + conclusion. Suivi en cours ?)

☐ 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 :

➤ Pourquoi la situation **nécessite-t-elle une hospitalisation** selon vous ?

Cachet & signature du médecin (obligatoires)

Volet 2 : Parents / représentants légaux

Merci à **tous les titulaires de l'autorité parentale/légale** de remplir et signer ce questionnaire.

➤ Concerne l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de
naissance :

Âge (6 ans minimum) :

Adresse(s) de
l'enfant :

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

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

- ☐ Bilans psychologiques et neuropsychologiques hospitaliers à visée diagnostique et introduction de traitement
- ☐ Réévaluation prudente de traitement sous surveillance hospitalière

Sans accord pour un traitement médicamenteux ne pas poursuivre la demande et s'adresser à 1 neuropsychologue libéral ou au CMP de secteur

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

- ☐ Tous les responsables légaux
- ☐ L'enfant

Sans accord pour une hospitalisation, ne pas poursuivre la demande et s'adresser à 1 professionnel libéral ou au CMP de secteur

➤ Qu'attendez-vous de **l'hospitalisation** dans notre unité ?

Signature des 2 parents / représentants légaux
(Signature obligatoire de tous les détenteurs de l'autorité parentale)