

**DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE**

Date de la demande :

Personne de contact :

N° de tél :

Médecin demandeur de l'hospitalisation :

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR  
LA FAMILLE OU TOUT AUTRE INTERVENANT SOCIAL**

**Avant toute analyse du dossier, il est indispensable que nous disposions de tous les rapports de consultations/hospitalisations antérieurs concernant le patient.**

***IDENTIFICATION DU PATIENT***

Nom, prénom :

Date de naissance :

Numéro national :

Sexe :            Masculin            Féminin

Adresse :

Tél. personne de contact prioritaire :

Situation familiale :

Vit avec ses deux parents

Parents séparés garde alternée ou garde principale chez :

Vit en internat la semaine et en famille le week-end

Vit en famille d'accueil

Est placé en institution, maison d'enfant, SRJ :

Autre :

Nationalité :

Contacts parents :

1 Nom : lien de parenté :  
Adresse :  
Tel : Mail :

2 Nom : lien de parenté :  
Adresse :  
Tel : Mail :

**Parents prévenus de la demande d’hospitalisation :** oui non

**Accord parental / responsable légal pour l’hospitalisation :** oui non

***PRISE EN CHARGE FINANCIERE***

Mutuelle :

Assurance :

C.P.A.S. de :

Personne de contact :

**Autre :** (centre Fedasil, Communautés européennes, ...) :

Personne de contact :

***INSTITUTION ou SERVICE :***

SAJ :

SPJ :

Nom du/de la délégué(e) :

***REMARQUES PARTICULIERES*** (projet post-hospitalier, démarches en cours, ...)

---

Nom de la personne ayant rempli le document :

Tél. : Adresse mail :

Date :

**DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE**

<p><b>DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN</b></p>
---

Nom, prénom du patient :

Date de naissance :

**MOTIF DE DEMANDE D'HOSPITALISATION**

Bilan

Revalidation

Dans le cadre de :

Pathologie et lésions neurologiques (pathologies inflammatoires, infectieuses, vasculaires, traumatisme) : précisez :

Bilan et prise en charge d'épilepsie : précisez :

Troubles des apprentissages : précisez :

Troubles neuro-développementaux : précisez :

Post-op de patient présentant une pathologie neurologique : précisez :

**ATTENTES DU DEMANDEUR**

## ANTECEDENTS

## TRAITEMENT EN COURS

### DEGRE D'AUTONOMIE :

Aide à l'alimentation                      Oui                      Non

Précisez :

Aide à la mobilisation :                      Oui                      Non

Précisez :

Assistance respiratoire :                      Oui                      Non

Précisez :

Propreté acquise :                      Jour :                      Oui                      Non

Nuit :                      Oui                      Non

Précisez :

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ASSOCIES EVENTUELS (violence, fugues, comportement sexualisé, risque suicidaire...) :**

**Afin de faciliter notre prise de décision, tout renseignement complémentaire jugé pertinent et/ou rapports médicaux/paramédicaux antérieurs nous seront utiles.**

Date :

Nom, prénom du médecin :

Tél. :                      Adresse mail :