Clinique des Hauts de France
1 rue du Fort 59720 Louvroil
Tél : 03 27 62 52 52

Equipe Mobile Infanto Juvénile (EMIJ)
Clinique des Hauts-de-France
DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE INFANTO JUVENILE
Clinique des Hauts-De-France

PATIENT

Accord du patient et des responsables légaux pour cette demande : ☐ Oui ☐ Non

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘

Adresse : .....

Code postal : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ Ville : .....

Téléphone : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘

Mail : .....

ORGANISME DEMANDEUR

Date de la demande : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘

Nom : .....

Structure et fonction : .....

Adresse : .....

Code postal : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ Ville : .....

Téléphone : └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘ └ ┘

TAMPON

Signature :

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Clinique des Hauts de France
1 rue du Fort 59720 Louvroil
Tél : 03 27 62 52 52

Equipe Mobile Infanto Juvénile (EMIJ)
Clinique des Hauts-de-France
DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE INFANTO JUVENILE
Clinique des Hauts-De-France

NATURE DE LA DEMANDE

☐ Evaluation dans le cadre d'une hospitalisation
☐ Aide au maintien à la scolarisation
☐ Aide au maintien au domicile
☐ Aide au retour à la scolarisation
☐ Aide au retour à domicile
☐ Autre : .....

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

MEDECIN TRAITANT REFERENT :

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

PSYCHIATRE REFERENT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Mail : .....

INTERVENANTS À DOMICILE :

☐ Infirmier(e) DE : .....
☐ Educateur(rice) spécialisé(e) : .....
☐ Psychologue : .....
☐ Autre : .....
.....

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Date du début des troubles : |_|_|_|_|_|_|_|_|

.....
.....
.....

ANTÉCÉDENTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUE :

.....
.....
.....

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUE :

.....
.....
.....

TRAITEMENTS :

.....
.....
.....

CONSOMMATION DE TOXIQUES :

.....
.....
.....

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Un établissement emeis

Clinique des Hauts de France
1 rue du Fort 59720 Louvroil
Tél : 03 27 62 52 52

Equipe Mobile Infanto Juvénile (EMIJ)
Clinique des Hauts-de-France
DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE INFANTO JUVENILE
Clinique des Hauts-De-France

LIEU DE VIE

☐ **Domicile parental**

Représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Père**

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Mère**

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Famille d'accueil** :

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Autre (à préciser) :** .....

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.

Clinique des Hauts de France
1 rue du Fort 59720 Louvroil
Tél : 03 27 62 52 52

Equipe Mobile Infanto Juvénile (EMIJ)
Clinique des Hauts-de-France
DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE INFANTO JUVENILE
Clinique des Hauts-De-France

INFORMATION SOCIO-ÉDUCATIVES ET JUDICIAIRES :

☐ **Référent ASE :**

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Référent AEMO :**

Nom / Prénom : .....

Adresse de la sauvegarde : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SCOLARITÉ :

Scolarisé(s) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, scolarisé(e) en classe de : .....

Si non, déscolarisé(e) depuis le : .....

Scolarité suspendue depuis le : .....

Etablissement scolaire : .....

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge au service infanto-juvénile ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, lieu et motifs d'hospitalisation : .....

Date d'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|

CADRE RÉSERVÉ À LA CLINIQUE

Accord pour intervention : ☐ Oui ☐ Non ☐ Réorientée : .....

.....

.....

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.