



Motif Thérapeutique :
☐ Troubles de l'humeur

☐ Schizophrénie, autres troubles psychotiques

☐ Troubles liés à une substance, préciser :

☐ Troubles des conduites alimentaires

Si oui, Taille :

Poids actuel :

IMC :

Poids le plus haut connu :

date :

IMC :

Poids le plus bas connu :

date :

☐ Non

IMC :

☐ Autre :

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui

Lesquels :

Idées suicidaires :

☐ Oui

☐ Non

Commentaires :

Consommation de toxiques :

☐ Oui

☐ Non

Lesquels :

Antécédents somatiques :
Antécédents psychiatriques, familiaux :
Histoire de la maladie, historique du suivi et des précédentes hospitalisations :
État clinique psychique actuel :
État clinique somatique actuel :
Motif de la demande de prise en charge en HDJ.
Quelles sont vos attentes ?
Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement éducatif ? type de mesure : AED ? AEMO ? Autre ?

CONFIDENTIELS

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

Inscription scolaire actuelle

L'enfant est-il actuellement inscrit dans un établissement scolaire ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui :
- Classe : _____
- Établissement : _____

Aménagements scolaires

- Le patient bénéficie-t-il d'un aménagement de la scolarité ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, précisez :
☐ PAI ☐ PAP ☐ AESH ☐ Autre : _____

Reconnaissance MDPH

- Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance par la MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, précisez : _____

Déscolarisation

- L'enfant est-il déscolarisé ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui, depuis quand ? _____

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :

Poids :

Taille :

Appareillage :

☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Autonomie :

☐ Oui ☐ Non Mobilité réduite : ☐ Commentaires :

Allergies :

☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur :

☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui :

Hébergement stable :

☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_|_| |_|_| |_|_|_|

Date de la demande : |_|_| |_|_| |_|_|_|

Vous pouvez joindre au dossier les pièces complémentaires suivantes :

- Courrier médical détaillé
- Dernière ordonnance
- Comptes rendus d'hospitalisation
- Comptes rendus de bilan

Cachet du médecin :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.

Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical

Tél : 04 50 10 52 20 • Fax : 04 50 10 52 21

E-mail : secmed.sevrier@emeis.com

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.