



**Motif Thérapeutique :**

- |                                                                      |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur                        | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux            |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser :   | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil         |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires         |                                                      |

Si oui, Taille :

Poids actuel :

IMC :

Poids le plus haut connu :

date :

IMC :

Poids le plus bas connu :

date :

☐ Non☐ 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 ?**

## 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](mailto:secmed.sevrier@emeis.com)