

CEMADO

Centre de soins intensifs ambulatoires et équipe mobile pour adolescents

FICHE DE RECUEIL DE LA DEMANDE OBLIGATOIREMENT COMPLETEE PAR UN MEDECIN ET A RENVOYER PAR MAIL

A : cemado.sjd@arhm.fr

Date de la demande :

Nom et coordonnées du Médecin Adresseur :

Nom et coordonnées du Médecin Traitant (*si différent*) :

ADOLESCENT

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE :

PARENTS / RESPONSABLE LEGAL

MERE :

Nom et Prénom :

Adresse postale :

Portable :

Adresse mail :

PERE :

Nom et Prénom :

Adresse postale :

Portable :

Adresse mail :

RESPONSABLE LEGAL :

Nom et Prénom :

Adresse postale :

Portable :

Adresse mail :

CEMADO

Centre de soins intensifs ambulatoires et équipe mobile pour adolescents

MODE DE GARDE :

- Chez ses deux parents
- Chez l'un de ses parents, préciser :
- En résidence alternée
- En famille d'accueil
- En foyer

Autres :

FRATRIE :(Nom/Prénom/âge)

SCOLARITE

Nom et adresse de l'établissement :

Classe/niveau :

Scolarité maintenue :

- Oui
 - Non
-

DOSSIER MDPH

- Oui, quelles aides proposées ?
- Non

PRISE EN CHARGE A 100% / ALD ?

- Oui
 - Non
-

SUIVI SOCIAL ET/OU JUDICIAIRE

- Suivi social de secteur
 - AEA
 - AEMO
 - Placement
-

CEMADO

Centre de soins intensifs ambulatoires et équipe mobile pour adolescents

ANTECEDENTS ET PARCOURS DE SOINS PSYCHIQUES (en quelques lignes) :

PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

(Noms et coordonnées des partenaires éventuels)

ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX DE L'ADOLESCENT :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

- Oui, lequel ?

Médecin prescripteur :

- Non

CEMADO

Centre de soins intensifs ambulatoires et équipe mobile pour adolescents

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION AU CEMADO :

Encadré réservé à l'Equipe du CEMADO :

N° de la demande :

Réponse apportée et date de la réponse:

Date d'appel de la famille :

Date 1^{ER} rdv d'admission :

Initiales du Binôme soignants :