

### Coordonnées :

#### Psychiatres

Dr C. TASSY

Dr S. STORA

#### Responsable unité de soins

Caroline MAISTRE-MINGAUD

04 91 19 20 75

[caroline.mingaud@ramsaysante.fr](mailto:caroline.mingaud@ramsaysante.fr)

#### Infirmière référente

Emmanuelle THOMAS

04 91 19 20 55

[emmanuelle.thomas@ramsaysante.fr](mailto:emmanuelle.thomas@ramsaysante.fr)

#### Secrétariat

G. ATTARD-CARRERAS

04 91 19 20 23

[guylaine.attard@ramsaysante.fr](mailto:guylaine.attard@ramsaysante.fr)

Vous faites une demande d'admission au sein de l'hôpital de jour de la Clinique des Trois Cyprès pour l'un de vos patients.

Le suivi pédopsychiatrique et psychologique doit être assuré à l'extérieur de la structure de soin afin de pouvoir réaliser une prise en charge de groupe spécifique.

Le projet de soin sera réalisé en coordination avec le médecin responsable du suivi.

Nous vous remercions de nous faire parvenir :

- ✓ Le courrier du psychiatre adresseur responsable de la prise en charge ambulatoire (**obligatoire**)
- ✓ **L'ordonnance du traitement en cours** ainsi que les ordonnances suivantes du médecin externe à l'établissement
- ✓ Le courrier du psychologue responsable du suivi ambulatoire
- ✓ Le carnet de santé
- ✓ Les bilans réalisés par le passé
- ✓ La copie du dossier MDPH avec nom du référent si déjà réalisé
- ✓ PAP / PAI
- ✓ Le nom et les coordonnées du pédiatre ou du médecin traitant

Pour toute demande de renseignements, vous pouvez joindre le secrétariat de la clinique ou l'équipe soignante.

### IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

### IDENTITE DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Etablissement / Cabinet : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Médecin référent :

Dr TASSY

Dr STORA

Date d'admission souhaitée : ..... / ..... / .....

Date d'admission prévue : ..... / ..... / .....

**VOLET SOCIAL : à remplir par le ou les parents du patient**

**INFORMATIONS SUR LE PATIENT**

**SCOLARITE :**

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Redoublement :  Oui  Non Si déscolarisation, durée : .....

Aménagements scolaires si présents (avec date de mise en place) :

.....  
.....

**MODE DE VIE :**

Fratrie (âges) : .....

Lieu de vie : .....

Si séparation parentale,

Mode de garde : ..... Autorité parentale : .....

Profession des parents : .....

Suivi éducatif si présent : .....

Signature du patient :	Signature du représentant légal :

**Objectifs thérapeutiques HDJ**

- 1) Gestion émotionnelle
- 2) Gestion de l'anxiété
- 3) Travail sur les interactions sociales / resocialisation
- 4) Travail psychocorporel / sensorialité
- 5) Réinscription solaire / stimulation scolarité
- 6) Aspect occupationnel / rythme de vie
- 7) Autonomisation / psychoéducation
- 8) Travail introspectif / travail élaboration

VOLET MEDICAL : à remplir par le médecin

ANTECEDENTS

**ATCD diagnostiques** posés par le passé (pédopsychiatrique / trouble des apprentissages) :

- ✓ .....
- ✓ .....
- ✓ .....

**ATCD de suivi** (durée de suivi précisée) :

- ✓ Pédopsychiatrique : .....
- ✓ Neuropédiatrique : .....
- ✓ Génétique : .....
- ✓ Orthophonique : .....
- ✓ Ergothérapie : .....
- ✓ Psychomotricité : .....
- ✓ Neuropsychologique (épreuves attentionnelles, efficience intellectuelles, ...) : .....

**ATCD d'hospitalisations** en pédiatrie / pédopsychiatrie pour un motif pédopsychiatrique :

- ✓ Somatique : .....
- ✓ Psychiatrique : .....

**ATCD de traitement** (date et durée) et raisons de leurs arrêts : (*Joindre la dernière ordonnance*)

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

**SUIVI ACTUEL**

**Difficultés actuelles** selon l'entourage :

**Suivis actuels** (avec leurs fréquences) :

**Traitements actuels** et date d'introduction :

<b>VALIDATION MEDICALE</b>	
Date :	Signature :
Nom et prénom :	Cachet :

*L'entrée à l'hôpital de jour est conditionnée à l'évaluation du psychiatre responsable de l'HDJ.*

*Si l'indication est maintenue, un bilan à 2 mois est réalisé afin de mesurer la pertinence de la prise en charge en HDJ. Cette prise en charge est limitée à 1 an et un relai de prise en charge sera réalisé dans les 6 mois suivant la majorité.*

*Plus de 3 absences non justifiées sera responsable d'une fin de prise en charge.*