



SIGNALEMENT D'UN BESOIN D'APPUI À LA COORDINATION

Motivations de la demande d'inclusion d'un enfant scolarisé en milieu ordinaire

Les besoins repérés :

- appui pour coordonner les différentes prises en charge et/ou faire le lien entre les différents intervenants
- accompagner l'élaboration et/ou l'annonce du **diagnostic**
- suivi lors du retour au domicile suite à une ou plusieurs **hospitalisation(s)**
- accompagner la prise en charge de la **douleur**
- accompagner la famille dans ses différentes **démarches**
- accompagner la mise en œuvre des **aménagements scolaires**
- accompagner vers l'**Education Thérapeutique du Patient**
- organiser le **transfert d'informations** (passage en 6^{ème}, changement d'établissement scolaire...)
- accompagner la **transition enfant-adulte**
- soutien pour les **14-15 ans**
- aider exceptionnellement au financement des prises en charge (ne peut-être le seul motif d'inclusion)
- autres (précisez) : _____

Commentaires du prescripteur :

Commentaires de l'enfant et/ou de la famille :

POUR PROCEDER A L'INCLUSION LA DEMANDE DOIT COMPORTER :

- Le consentement éclairé signé
- Les motifs de la demande complétés
- Les éléments de bilans déjà établis (si possible)



Consentement éclairé de l'enfant et de sa famille

Nous avons été clairement informés sur les conditions d'intégration de notre enfant

NOM : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : M F

à NormanDys, Réseau de Santé Pédiatrique.

N° de SS de rattachement : _____

Nom du titulaire: _____

- Les objectifs et les bénéfices attendus nous ont été clairement expliqués et présentés ; un document d'information nous a été remis. Nous avons pu poser toutes les questions qui nous paraissaient utiles, et recevoir des réponses claires.
- Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant entre dans le réseau NormanDys. Nous sommes parfaitement conscients que notre enfant et nous-mêmes pouvons retirer à tout moment notre consentement à entrer dans le réseau, et cela quelles que soient les raisons de notre enfant ou les nôtres, et sans en supporter aucune conséquence. Le fait que notre enfant n'adhère plus au réseau ne portera pas atteinte aux relations ou à la qualité des soins que lui doivent les professionnels du réseau. Nous restons libres de nous adresser aux professionnels de santé de notre choix.
- Nous acceptons que les données concernant notre enfant, et concernant ses troubles ainsi que les résultats de la prise en charge fassent

l'objet d'un traitement informatique soumis « à la loi informatique et liberté », qui garantit la confidentialité de toutes les données recueillies. Nous avons bien noté que notre droit d'accès ainsi que celui de notre enfant, et de rectification concernant ces informations s'exerce à tout moment auprès des professionnels du réseau.

- Nous autorisons l'équipe de coordination à prendre contact avec les professionnels de la santé scolaire et l'équipe enseignante.
- Nous acceptons que les informations collectées par le Réseau puissent être consultées* par tout professionnel de santé intervenant auprès de notre enfant (y compris le médecin de notre choix et du choix de notre enfant désigné comme « médecin traitant » et le médecin scolaire).
- Notre consentement ne décharge en rien les professionnels du réseau de leurs responsabilités morales et légales, et notre enfant et nous-mêmes conservons tous nos droits garantis par la loi.

Fait à _____

Date _____

Nom et prénom du parent 1 signataire : _____

Nom et prénom du parent 2 signataire : _____

Adresse: _____

☎ : _____ courriel : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Nom, prénom du professionnel du réseau : _____

Signature **des parents** :

Signature du professionnel de santé :

* selon les dispositions prévues à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique