

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE DE LUTTE CONTRE L'ÉPILEPSIE

Merci de **compléter** ce dossier d'admission et de **fournir** les documents et informations demandés ci-dessous (*dans la mesure du possible, et si concerné*) :

- Comptes-rendus neurologiques (*derniers comptes rendus ou synthèses*)
- Comptes-rendus psychiatriques
- Comptes-rendus neuropsychologiques
- Comptes-rendus psychologiques
- Comptes-rendus éducatifs – projets personnalisés – éducation thérapeutique
- Comptes-rendus d'hospitalisations
- Comptes-rendus opératoires
- Résultats d'examens : EEG, SEEG, IRM cérébrale, scanners
- Certificat MDPH antérieur renseigné

Nous vous remercions de tous ces éléments.

Ils nous sont nécessaires pour émettre un avis et orienter au mieux votre demande.

**Le dépôt de cette demande d'admission ne vaut en aucun cas
la validation de l'admission**

Ce dossier sera étudié en Commission d'Admission

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR L'ADMISSION

A remplir par un médecin

NOM NAISSANCE :

NOM USUEL :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

Naissance et Développement psycho-moteur :

Anomalies – précisez :

Cursus scolaire :

Parcours professionnel :

Parcours institutionnel (IME, SESSAD, FAM, MAS... → précisez l'établissement actuel et ses coordonnées):

HISTORIQUE DE L'EPILEPSIE

Age de la 1^{ère} crise:

Type de la 1^{ère} crise:

Fréquence des crises
au début de la maladie:

Evolution générale
depuis le début :

ETAT ACTUEL DE L'EPILEPSIE

Type d'épilepsie :

Types de crises :

1.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : OUI NON

2.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : OUI NON

3.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : OUI NON

Antécédents d'état de mal épileptique : OUI NON

Si oui, précisez la ou les date(s) :

Facteurs favorisants ou déclenchants éventuels :**Complications traumatiques dues aux crises (*fractures, sutures...*) :**

Existence de crises non épileptiques : OUI NON

Stimulateur du Nerf Vague (VNS) : OUI NON

Stimulateur Intra Cérébral : OUI NON

Traitements médicamenteux essayés (*échecs, intolérances...*)**Traitements médicamenteux actuels (ou joindre ordonnance complète)****Antécédents neurochirurgicaux (*préciser : type, date, lieu et résultat*)**

EFFICIENCE INTELLECTUELLE

Lenteur : OUI NON

Déficit de l'attention : OUI NON

Déficit de la mémoire : OUI NON

Trouble du langage : OUI NON

Trouble de la vision : OUI NON

Si oui, préciser :

Trouble des relations sociales ou familiales : OUI NON

Trouble de l'orientation : OUI NON

Troubles cognitifs : OUI NON

Si oui, préciser :

Quotient Intellectuel (QI) :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique :

OUI NON

En ambulatoire : OUI NON

En hospitalisation : OUI NON

Si oui, merci de préciser si possible le motif, la durée, le lieu et la date de la dernière hospitalisation :

Antécédents d'hospitalisation de plus d'un mois : OUI NON

Antécédents de prise en charge psychiatrique à l'âge adulte :

SDTP (soins psychiatriques à la demande d'un tiers) : OUI NON

SRE (soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat) : OUI NON

Antécédents de traitement psychiatrique :

OUI NON

Anxiolytiques : OUI NON

Si oui, préciser la durée :

Neuroleptiques / Antipsychotiques : OUI NON

Si oui, préciser la durée :

Thymorégulateurs : OUI NON

Si oui, préciser la durée :

Antidépresseurs : OUI NON

Si oui, préciser la durée :

Traitements médicamenteux actuels (ou joindre ordonnance complète)

Suivi psychiatrique actuel :

OUI NON

Si oui, merci de préciser les coordonnées (téléphones, mails) des correspondants (lieu de prise en charge) :

Conduites addictives actuelles :

Jeux vidéo :

OUI NON

Alcool (*ivresses répétées et/ou pathologiques*) :

OUI NON

Cannabis :

OUI NON

Autres toxiques :

OUI NON

Si autres, précisez :

Diagnostic psychiatrique et/ou troubles de la personnalité connus :

OUI NON

Si oui, précisez :

Antécédents de troubles des conduites et du comportement :

Tentative de suicide :

OUI NON

Automutilation / scarification :

OUI NON

Hétéro agressivité verbale :

OUI NON

Violence physique :

OUI NON

Intolérance à la frustration :

OUI NON

Fugues :

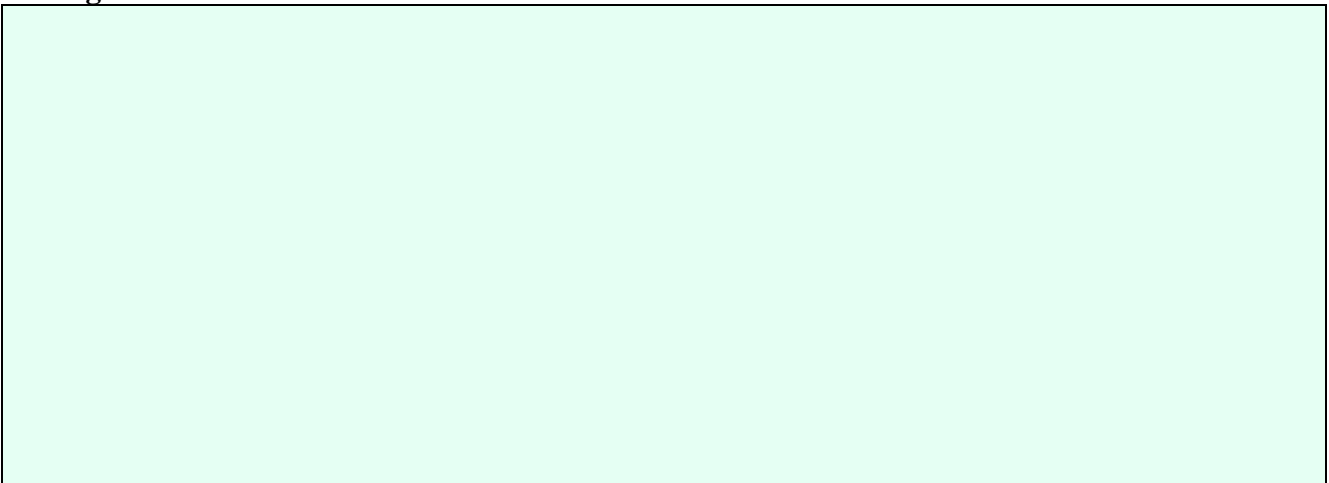
OUI NON

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES GENERAUX

Antécédents médicaux et chirurgicaux (*maladies, accidents, convulsions infantiles, affections du système nerveux central...*)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for recording medical and surgical history. The box is currently blank.

Allergies

A large, empty rectangular box with a black border, intended for recording allergies. The box is currently blank.

AUTONOMIE SOCIALE – VIE QUOTIDIENNE

Toilette :

Autonome : Aide partielle : Aide totale :

Mobilité :

Marche seul (e) : Marche avec aide humaine :

Déplacement avec aide technique (*déambulateur, fauteuil roulant...*) :

OUI NON

Peut monter les escaliers :

OUI NON

Alimentation :

Mange seul (e) : Mange avec aide :

Troubles de la déglutition :

OUI NON

Régime (s) alimentaire (s) spécifique(s) :

OUI NON

Si oui, précisez :

Repas normal : Repas mixé :

Elimination :

Incontinence urinaire : OUI NON

Incontinence fécale : OUI NON

Soins et appareillages particuliers :

Stomie : Trachéotomie : PPC : Autres :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION



OBSERVATION COURTE (*évaluation ou réadaptation thérapeutique*)



PRISE EN CHARGE EN VUE D'ORIENTATION (*réhabilitation médico-psycho-sociale*)

Merci d'étayer votre demande :

Coordonnées des médecins spécialistes référents (*adresse, téléphone et mail*)

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier (*adresse, téléphone et mail*)

Date.....

Signature et tampon

FICHE SOCIALE

LE DEMANDEUR :

NOM :

PRENOM :

SEXE :

**DATE ET LIEU DE
NAISSANCE :**

Domicile du patient :

Téléphones :

Mails :

LES PARENTS :

**NOM et PRENOM
de la MERE :**

**NOM et PRENOM
du PERE :**

Adresse des parents :

Téléphones :

Mails :

LE CONJOINT :

**NOM et PRENOM
du CONJOINT :**

Adresse du conjoint :

Téléphones :

Mails :

PARCOURS INSTITUTIONNELS (*FAM, MAS, IME, SAVS, Foyer...*):

Adresses des Centres	Dates des placements

MESURE DE PROTECTION (*préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure*) :

SERVICES SOCIAUX

Préciser les **coordonnées** (*nom, adresse postale et mail*) de l'**Assistante Sociale** et/ou de l'**éducateur (trice) référent (e)** que vous connaissez.